

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

PÉČE O ŽENU S PORODNÍM PORANĚNÍM III. STUPNĚ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETRA VEITHOVÁ, DiS

Praha 2021

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

PÉČE O ŽENU S PORODNÍM PORANĚNÍM III. STUPNĚ

Bakalářská práce

PETRA VEITHOVÁ, DiS

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Magdaléna Kučerová

Praha 2021



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2020/2021

Studentka: Petra Veithová
UČO: 5390
Program: Porodní asistence
Obor: Porodní asistentka
Téma práce: Péče o ženu s porodním poraněním III. stupně
Téma práce anglicky: Care for Woman with Third Degree Perineal Tear
Vedoucí práce: MUDr. Magdalena Kučerová

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

24. 2. 2021

.....
Petra Veithová
studentka

.....
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 7.4.2021

podpis 

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce MUDr. Magdaléně Kučerové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi věnovala během zpracování mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

VEITHOVÁ, Petra. *Péče o ženu s porodním poraněním III. stupně*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Magdaléna Kučerová. Praha. 2021. 78 s.

Cílem bakalářské práce je komplexní zpracování tématu péče porodní asistentky o ženu s rupturou III. stupně. Popisuje fyziologii i patofyziologii porodu. Věnuje se problematice porodního poranění. Jeho prevenci, rizikovým faktorům, způsobu vedení porodu, diagnostice porodního poranění, jeho následnému a správnému ošetření, jakožto nejdůležitějšímu článku v prevenci vzniku komplikací. Zabývá se následnou péčí o poranění v šestinedělí, rehabilitací a léčbou ve specializovaných ambulancích. Součástí této práce jsou dvě kazuistiky žen s rupturou III. stupně, zhodnocení porodů, rizikových faktorů a následné péče v porodnici a v šestinedělí. Sledování komplikací v urogynekologické ambulanci a jejich léčba. Výsledkem je informativní leták pro ženy s rupturou III. stupně.

Klíčová slova

Poranění. Prevence. Ošetření. Péče. Komplikace. Rodička. Porodní asistentka.

ABSTRACT

VEITHOVÁ, Petra. *Care for a Woman with the Third Degree Perineal Tear*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr.Magdaléna Kučerová. Prague. 2021. 78 pages.

The aim of the bachelor's thesis is a comprehensive elaboration of the topic - midwifery care in a woman with the 3rd degree perineal tear. It describes the physiology and pathophysiology of childbirth and deals with the issue of birth injuries in general. It deals with its prevention, risk factors, method of childbirth, diagnostics of birth injuries, and its subsequent and proper treatment as the most important aspect in the prevention of complications. It is focused on the subsequent care of injuries in the puerperium, rehabilitation and treatment in specialized clinics. Part of this work are two case reports of women with 3rd degree perineal tear, evaluation of their births, risk factors and follow-up care in the maternity hospital and in the puerperium. Monitoring of complications in the urogynecological clinic and their treatment. The result is an informative leaflet for women who suffer from 3rd degree perineal tear.

Key words:

Injuries. Prevention. Treatment. Care. Complication. Woman in labour. Midwife.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

ÚVOD	13
1 ANATOMICKÉ ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ PORODNÍ PORANĚNÍ	16
1.1 ANATOMIE ZEVNÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	16
1.2 SVALY PÁNEVNÍHO DNA A SVALY HRÁZE	16
1.3 ANATOMIE KONEČNÍKU	18
1.4 PLOD JAKO SUBJEKT PORODU	18
1.4.1 ŠVY NA HLAVIČCE	19
1.4.2 PRŮMĚRY A OBVODY HLAVIČKY	19
2 MECHANISMUS II. PORODNÍ DOBY U PLODŮ V POLOZE ZÁHLAVÍM	21
2.1 PARAMETRY MECHANISMU PORODU PŘI POLOZE ZÁHLAVÍM	21
2.2 VEDENÍ II. DOBY PORODNÍ	21
3 PORODNÍ PORANĚNÍ	23
3.1 EPIZIOTOMIE	23
3.2 PORANĚNÍ HRÁZE	26
3.2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY	26
3.3 DIAGNOSTIKA PORANĚNÍ A OŠETŘENÍ LÉKAŘEM	27
3.4 KOMPETENCE A PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY	28
3.4.1 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY V ŠESTINEDELI	29
3.5 PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ	30
3.6 KOMPLIKACE PORANĚNÍ	32
3.7 VYŠETŘENÍ VE SPECIALIZOVANÝCH AMBULANCÍCH	33
3.8 FYZIOTERAPIE	34
3.9 VEDENÍ DALŠÍHO PORODU	35
4 KAZUISTIKA ŽENY S DIAGNÓZOU RUPTURA PERINEI III C	37
4.1 ANAMNÉZA	38
4.2 KATAMNÉZA	40
4.3 ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	48
5 KAZUISTIKA ŽENY S DIAGNÓZOU RUPTURA PERINEI III A	63
5.1 ANAMNÉZA	63
5.2 KATAMNÉZA	65
5.3 ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	72
6 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, INTERVENCE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI U ŽEN S RUPTUROU III. STUPNĚ	86
DISKUSE	89
ZÁVĚR	90
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	92
SEZNAM PŘÍLOH	95

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AI	anální inkontinence
EAS	externí anální sfinkter
i.v.	intra venozní, nitrožilní podání
IAS	interní anální sfinkter
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire Short form
J	J-shaped episiotomy
m.	musculus
mm.	musculi
per os	per orální podání
PISQ 12	The Pelvic Organ ProlapseI Urinary Incontinence Sexual Questionnaire
SpO2	saturace kyslíkem
UI	urgentní inkontinence

(KALIŠ 2008, HÁJEK 2014)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

alaes ossis sfenoidei - křídla klínové kosti

ampulla recti - rozšířená část konečníku

bidigitální vyšetření - vyšetření jedním prstem zevně a druhým prstem současně zavedeným per rektum (tedy konečníkem)

bulking agents - látky přispívající k zvýšení objemu potravin, aniž významně zvyšují její využitelnou energetickou hodnotu

candida albicans - kvasinka, původce vaginálního onemocnění

coccygeus - kostrční

commissura - spoj

deflexe - záklon, záklon hlavičky

dehiscence - rozpad rány, komplikující hojení

diameter - průměr

diaphragma - membrána

dilatace - roztažení

dysfunkce - narušená nebo odchylná funkce orgánů

dyspareunie - bolesti při pohlavním styku

dystonie - porucha napětí svalstva

endometrium - děložní sliznice

end-to-end - princip sutury ruptury svalu, kdy se šije konec na konec

epiziotomie - nástřih hráze

flatus - plyn

gardnerella vaginalis - tyčinkovitá bakterie, způsobující vaginální onemocnění

glandulae vestibulares minores - mucinózní žlázy, které ústí v okolí močové trubice a poševního vchodu

inkontinence - neschopnost ovládat močení, nebo stolici

instrumentální porod - operační porod, klešťový porod

J-shaped episiotomy - typ provedení nástřihu hráze

kontinence - schopnost ovládat močení, nebo stolici

kontraktilita - stažitelnost, smršťitelnost

lege artis - podle pravidel umění lékařského

ligamentum teres uteri - oblý, okrouhlý vaz dělohy

liotomická poloha - poloha, kdy jsou předkolení uložena na podložkách pro dolní končetiny

manometrie - funkční vyšetření tlaků análních svěračů a schopnosti vyprazdňování konečníku

overlap - princip sutury ruptury svalu, kdy se šije překrytím svalu

paraproctium - tkanivo okolo konečníku

perineum - hráz

primigravidita - první těhotenství

pulzní oxymetrie - neinvazivní měření saturace kyslíkem, tepové frekvence a indexu perfuze

sagitální - rovina rovnoběžná s rovinou mediální

sfinkter - svěrač

super crowning - metoda zpomaleného prořezávání hlavičky

trichomonas vaginalis - bičenka poševní, anaerobní prvok způsobující vaginální onemocnění

uterotonika - látky vyvolávající dlouhodobý stah myometria, užívají si ve III. době porodní

vakuumextrakce - operační metoda sloužící k extrakci plodu za použití zvonu

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Kazuistika I - identifikační údaje pacientky.....	37
Tabulka 2 Kazuistika I - hodnoty zjišťované při příjmu na porodním sále	41
Tabulka 3 Kazuistika I - posouzení dle 13 domén	48
Tabulka 4 Kazuistika II - identifikační údaje pacientky	63
Tabulka 5 Kazuistika II - hodnoty zjišťované při příjmu na porodním sále	67
Tabulka 6 Kazuistika II - posouzení dle 13 domén.....	73

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Svaly hráze - sagitální řez.....	17
Obrázek 2 Svaly hráze - frontální rovina	18
Obrázek 3 Rozměry hlavičky	20
Obrázek 4 Epiziotomie.....	24
Obrázek 5 Sutura EAS	28

ÚVOD

Každé těhotenství v životě ženy je spojené s velkým očekáváním, štěstím a s mnoha emocemi. Dá se říct, že porod je neopakovatelným zážitkem. Gravidita je spojena s množstvím fyziologických změn v organismu ženy, které zanechávají po porodu následky, které se mohou projevit v krátkém čase po porodu, ale i později. Tyto následky mohou být do jisté míry umocněny porodním poraněním.

Ruptury hráze jsou nejčastějším poraněním při porodu. Příčiny vzniku ruptur jsou různé, ale nejčastěji bývá uváděno nedostatečné chránění hráze porodníkem, příliš rychlý postup hlavičky, předčasná deflexe hlavičky. Hráz může být poškozena častými záněty, velkou hmotností plodu, krátkým perineem, instrumentálním porodem, epiziotomií ve střední čáře a předchozím poraněním svěrače.

Těhotná žena si klade otázky, jakým způsobem může ovlivnit poranění při porodu tak, aby bylo co nejmenší, a jak se starat o vzniklé poranění. S problematikou velkých poranění souvisí komplikace jako je vaginální flatus, močová inkontinence, ztráty kontroly nad kontinencí plynů až anální inkontinence, poruchy hojení, dyspareunie a sexuální dysfunkce. Tyto komplikace vedou k psychickým potížím a ke snížení kvality života.

Porodní asistentka o ženy pečuje v prevenci vzniku porodního poranění, vede porod tak, aby jeho průběh byl co nejhladší a tím se snížily komplikace plynoucí z poranění při porodu. Pečuje o ženy v období šestinedělí, kdy ženy edukuje o správné životosprávě, hygieně a rehabilitaci.

Cílem práce je:

- 1. Zjištění všech rizikových faktorů jako prevence vzniku porodních poranění III. stupně.**
- 2. Správná diagnostika porodního poranění, správné následné ošetření porodního poranění.**
- 3. Následná péče ve specializovaných ambulancích, sledování případných komplikací, jejich léčba a spolupráce s ostatními odborníky.**

4. Správný management druhé gravidity vzhledem k ruptuře III. stupně.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

1. Vyhledat a nastudovat publikované podklady k danému tématu.
2. Zpracovat přehlednou práci na téma Péče o ženu s porodním poraněním III. stupně.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

1. Vypracovat kazuistiky žen s diagnózou porodní poranění III. stupně.
2. Navrhnout doporučení pro praxi v péči o ženy s rupturou III. stupně.
3. Zpracovat přehledný materiál pro ženy s rupturou III. stupně.

Vstupní literatura

HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví*. 3. Zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-09.

DOLEŽAL, A. a kol., 2011. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborné literatury pro bakalářskou práci s názvem Péče o ženu s porodním poraněním III. stupně, proběhlo v časovém rozmezí od ledna do března 2021 v Odborné knihovně v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze. Při zpracování byl použit portál Medvik, PubMed a volný internet. K vyhledávání byla použita klíčová slova v českém jazyce: porod, poranění, prevence, komplikace, rehabilitace, ošetřovatelství, porodní asistentka.

Časové vymezení bylo zadáno od roku 2009 do roku 2020. V rámci tvorby práce bylo nalezeno velké množství publikací, které se zaměřují na samotnou podstatu komplikací poranění III. stupně. Pro sepsání bakalářské práce bylo použito celkem 35 zdrojů, z nich 15 zdrojů bylo knižních, 18 zdrojů z článků, 2 zdroje byly internetové. Většina zdrojů byla v českém jazyce, jeden zdroj v jazyce anglickém a jeden zdroj v jazyce slovenském.

1 ANATOMICKÉ ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ PORODNÍ PORANĚNÍ

Porod je fyziologický proces, nejčastěji se plody rodí v poloze podélné hlavičkou, kdy hlavička prostupuje svým záhlavím z dělohy porodními cestami do zevního prostředí. Plod provádí sérii pasivních pohybů, které jsou nazývány porodními mechanismy, kterými se hlavička přizpůsobuje tvaru porodního kanálu. Porodní mechanismus vykonává hlavička a raménka plodu. Průběh porodu a případné poranění perinea určuje anatomie pohlavních orgánů ženy a plod, jako subjekt porodu (NAŇKA, 2009).

1.1 ANATOMIE ZEVNÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Zevní pohlavní orgány jsou ohraničeny velkými stydkými pysky, labia majora pudendi, což jsou dva sagitálně orientované valy průměrně 8 cm dlouhé a 2 cm široké. Jejich zevní plocha je oddělena od stehů žlábkem, vnitřní plocha je oddělena brázdou od malých stydkých pysků, labia minora pudendi. Zevní plocha má všechny znaky kůže a je kryta chlupy. Kůže na vnitřní ploše je jemná. Velké pysky vpředu přechází do mons pubis. Vpředu a vzadu jsou labia spojena, commissura anterior et posterior. Krajina mezi zadní komisurou a análním otvorem se nazývá hráze, perineum. Podkladem labia majora je tuková tkáň prostoupená vazivem, do jejich spodiny se upínají konečné snopce ligamentum teres uteri. Labia minora jsou uložena mediálně od labia majora, jsou 3-4 cm dlouhá a 4-5 mm tlustá. Vpředu se rozbíhají ve dvě části nad clitoris a vytváří předkožku a vzadu tvoří uzdičku, která se upíná na clitoris. Prostor mezi malými stydkými pysky a poštváčkem se nazývá předsín poševní, vestibulum vaginae, kde je vyústění urethry, vaginy a žlázek gl. vestibulares (NAŇKA, 2009).

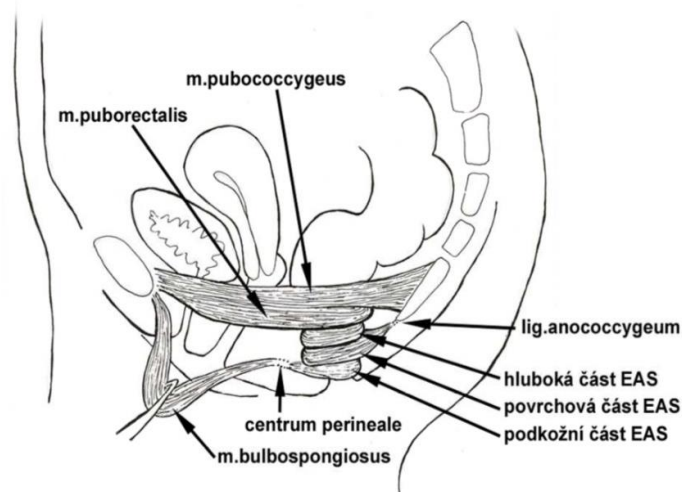
1.2 SVALY PÁNEVNÍHO DNA A SVALY HRÁZE

Svaly pánevního dna a hráze mají vztah k orgánům urogenitálního ústrojí. Tyto svaly se dělí na dvě hlavní skupiny. Svaly diaphragma pelvis a svaly hráze, mm. perinei.

Komplex diaphragma pelvis je tvořen vpředu a po stranách musculus levator ani, vzadu a po stranách musculus coccygeus a doplněn příslušnými fasciemi. Má tvar nálevky, která je upevněna ke stěně malé pánve a sbíhá se směrem k rektu.

Diaphragma urogenitale je tvořena jako trojúhelníková vazivová membrána s příměsí svaloviny ve východu pánevním od symfýzy až k tubera ischiadica, kde ze spodu nasedá na diaphragma pelvis. V tomto místě prochází urethra s vaginou.

Zevně od d. urogenitale jsou uloženy mm. perinei, které se přiřkládají k orgánům močopohlavního ústrojí. Jsou to musculus bulbospongiosus a musculus ischiocavernosus, musculus sphincter uretrovaginalis, musculus compressor urethrae. Do skupiny mm. perinei je řazen musculus sphincter urethrae externus a kolem konečníku vytvořený musculus sphincter ani externus, který svými částmi obemývá anální kanál a je zesponu připojen k musculus levator ani.

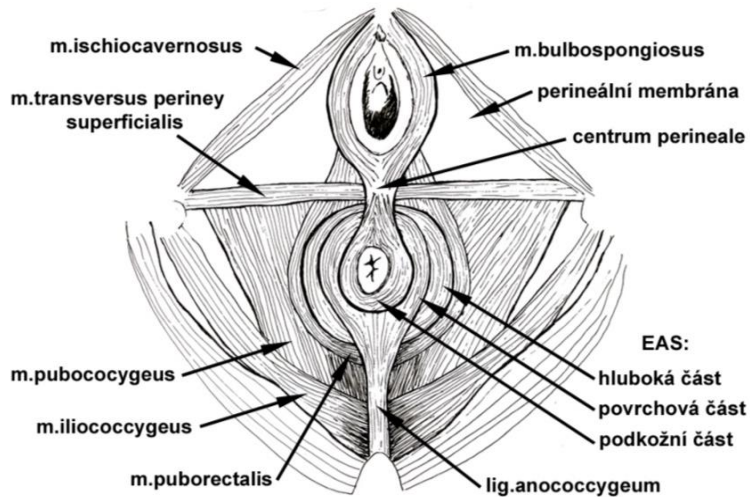


Obrázek 1 Svaly hráze - sagitální řez

Zdroj: KALIŠ, 2008. *Porod a pánevní dno*, s. 9

Musculus sphincter urethro vaginalis má významnou funkci v udržování kontinence. Na uzavěru močové trubice se výrazně podílí musculus sphincter urethrae externus obklopující ureteru.

Do vazivového centra tendineum perineale se upínají pánevní fascie, musculus levator ani, musculus sphincter urethro vaginalis, musculus sphincter ani externus. Toto místo je nejdůležitější pro stabilitu a pevnost pánevního dna, jeho poškození při porodu se brání preventivním nástřihem hráze, epiziotomií (OTČENÁŠEK, 2017).



Obrázek 2 Svaly hráze - frontální rovina

Zdroj: DOLEŽAL, Antonín et al *Porodnické operace*, s. 38

1.3 ANATOMIE KONEČNÍKU

Konečník, rectum, je konečným úsekem tlustého střeva, skládající se ze dvou částí: horní, rozšířený a v pánvi uložený úsek tzv. ampulla recti a dolní, úzký úsek tzv. canalis analis. Canalis analis prochází svalovou hrází - diaphragma pelvis, kde vyúsťuje zevně anem - řitním otvorem. Sliznice v anu je tvořena z řas, kde jsou nahromaděny žilní pleteně - zona hemorrhoidalis, kde mohou vznikat dilatací stěny žil zevní hemeroidy. Výstelka sliznice je tvořena cylindrickým epitelem, který přechází zevně v epitel dlaždicový. Svalovina recta je tvořena hladkou svalovinou, v zevní části vytváří hladký cirkulární svěrač musculus sphincter ani internus. Zevně svalovina hráze vytváří příčně pruhovaný svěrač musculus sphincter ani externus, který je ovládaný naší vůlí. Zevní vrstvu horní části rekta vytváří peritoneum a dolní částí rekta tzv. paraproctium, které je kryto tužším vazivem.

Cévní zásobenění vychází z hypogastrických cév. Inervace střeva je realizována sympatickými a parasympatickými nervy (NAŇKA, 2009).

1.4 PLOD JAKO SUBJEKT PORODU

Velkými částmi plodu jsou označovány hlavička plodu a pánevní konec. Malými částmi plodu jsou horní a dolní končetiny a pupečník.

Určujícím faktorem porodního mechanismu vzhledem k jejím rozměrům je hlavička plodu. Lebni kryt je tvořen párem čelních kostí (ossa frontalia), spánkovými kostmi (ossa temporalia) a křídly klínových kostí (alaes ossis sfenoidei), střed vyklenují temenní kosti (ossa parietalia) a vzadu záhlavní kost (os occipitale). Hranice mezi jednotlivými kostmi je blanitá a tvoří švy a fontanely. U nezralých plodů jsou švy široké a hlavička je snadno stlačitelná (HÁJEK, 2014).

1.4.1 ŠVY NA HLAVIČCE

Čelní kosti spojuje šev čelní (sutura frontalis). Mezi temenními a čelními kostmi je to šev věncový (sutura coronaria). Temenní kost a záhlavní kost je spojena záhlavním švem (sutura lambdoidea). Kost spánková a temenní se stýká švem skráňovým (sutura temporalis). Mediální okraje temenních kostí spoje je šev šípový (sutura sagitalis). Má tvar šípů a vzadu a vpředu je ohraničen malou a velkou fontanelou (NAŇKA, 2009).

Šev šípový a fontanely jsou při vaginálním vyšetření dobře hmatné a promítáme je do jednotlivých průměrů příslušné pánevní roviny, ve kterém se hlavička v daném momentu porodu nachází (HÁJEK, 2014).

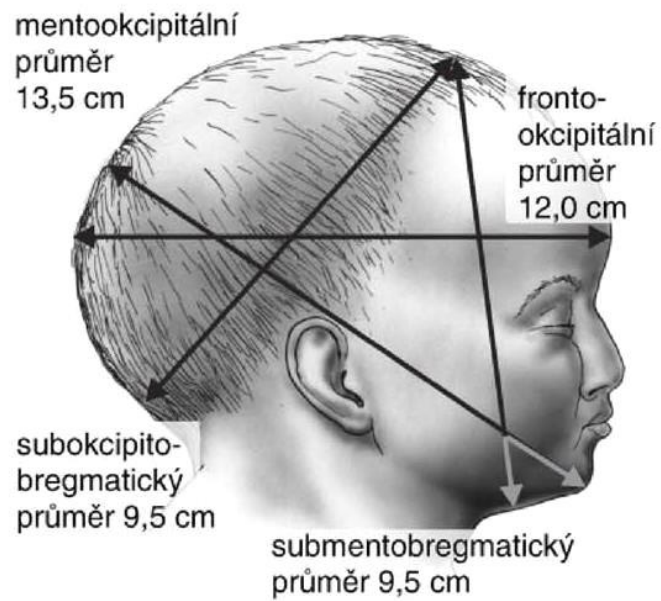
1.4.2 PRŮMĚRY A OBVODY HLAVIČKY

Na hlavičce rozlišujeme příčné a podélné průměry a z nich odvozené postupující obvody. Malý šikmý průměr (diameter suboccipitobregmatica) měřící 9,5 cm je normálním a pro porod nejvýhodnějším průměrem na hlavičce. Jeho obvodem je subokcipitobregmatický, měřící 32 cm.

Předozadní průměr (diameter frontooccipitalis) měří 12 cm. Sahá od kořene nosu k nejbližšímu bodu na záhlaví a jeho obvod je frontooccipitální, měřící 34 cm. Je prostupujícím obvodem při poloze předhlavím.

Velký šikmý průměr (diameter maxilloparietalis) míří od středu maxily k nejbližšímu bodu na záhlaví a měří 13,5 cm. Obvodem maxiloparietálním se plod rodí při poloze čelní a měří 36 cm.

Submentobregmatický průměr (diameter submentobregmatica) směřuje od středu submentální krajiny do středu velké fontanely a měří 9,5 cm. Submentobregmatický obvod je 32 cm a je prostupujícím obvodem při poloze obličejové (HÁJEK 2014).



Obrázek 3 Rozměry hlavičky

Zdroj: Ezrová, 2014, s. 28

2 MECHANISMUS II. PORODNÍ DOBY U PLODŮ V POLOZE ZÁHLAVÍM

Vypuzovací doba začíná v okamžiku zániku branky a plod v jejím průběhu prostupuje tvrdými i měkkými porodními cestami. Rodička pociťuje potřebu zapojit břišní lis, a to následkem tlaku sestupující hlavičky na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. Dochází k zapojování svalstva přední stěny břišní a bránice.

2.1 PARAMETRY MECHANISMU PORODU PŘI POLOZE ZÁHLAVÍM

Prostupujícím obvodem během porodu je obvod subokcipitobregmatický. Vedoucím bodem je malá fontanela a hlavička je dolichocefalická. Hlavička je flektovaná, bradička se přitahuje k hrudníku a vstupuje do roviny pánevního vchodu, následně progreduje do pánevní šíře a úžiny. Rodička zapojuje břišní lis a tím zvyšuje intenzitu porodních sil. Provádí normální nebo abnormální vnitřní rotaci. Dochází k rotaci hlavičky kolem dolního okraje stydké spony, tzv. deflexi. Prořezává nejdříve oblast kolem malé fontanely - záhlaví, dále oblast předhlaví, čelo, obličej a nakonec bradička. Následná zevní rotace na stranu, kam směřuje ještě neporozený hřbet plodu.

Následně dochází k porodu předního raménka a přes hráz se rodí raménko zadní. Trup plodu se rodí bez zvláštního mechanismu (HÁJEK, 2014).

2.2 VEDENÍ II. DOBY PORODNÍ

Rodička zapojuje břišní lis, pokud je branka zašlá, odtéká plodová voda, hlavička se nachází v rovině pánevní úžiny a šev šípový je rotován v přímém průměru. Při kontrakci se rodička přitahuje rukama, které jsou zaklesnuté v podkolenních jamkách. Přitahuje obě nohy k tělu a se zadržným dechem, zavřenými očima a ústy opakovaně tlačí jako na stolicí s minimálními přestávkami na vydechnutí a nadechnutí. Mezi kontrakcemi pravidelně, pomalu a zhluboka dýchá.

Před vlastním porodem plodu je provedena zevní dezinfekce a vypořádány hýždě rodičky sterilní podložkou.

Pokud by prořezávání hlavičky hrozila ruptura hráze, je provedena epiziotomie. Výkon může být proveden v místním znecitlivění nebo na vrcholu kontrakce, kdy je kůže hráze odkrvena.

Hráz je chráněna sterilní rouškou, kterou porodník drží v pravé ruce. Levou rukou opřenou o hlavičku plodu brzdí její prořezávání. V případě fyziologického porodu je možné použít metodu zpomaleného porodu hlavičky o jednu až dvě kontrakce, tzv. Super crowning, kdy se na hlavičku vyvíjí mírný protitlak ruky a tím se brzdí. Tato metoda není doporučována při patologických ozvách plodu, a pokud je třeba rychle ukončit druhou dobu porodní. Po porodu hlavičky jemným tahem pod sponou dochází k porození předního raménka. Opatrně zvedáme hlavičku a za ochrany hráze se rodí zadní raménko a ručka. Zbytek trupu se rodí lehce. Po porodu plodu dochází k porodu placenty a následně kontroly porodního poranění (ROZTOČIL, 2001).

3 PORODNÍ PORANĚNÍ

V minulosti, kdy porody vedly porodní báby v domácím prostředí, byla velká porodní poranění hráze zahanbením a problémem. Proto se snažily o důkladné chránění, aby se vyhnuly velkým rupturám. Pokud i přes to k poraněním došlo, k ošetření byl volán lékař. První epiziotomie byla provedena v roce 1740 irským sirem Fielding Ould (1710-1789).

Délka hráze mezi vaginálním introitem a análním otvorem (perineum) je jedním z faktorů, který se podílí na velikosti odporu, který perineum klade vedoucí části plodu v průběhu finální fáze porodu (ROZTOČIL, 2001).

3.1 EPIZIOTOMIE

Jedná se o přípravnou operaci, kdy dochází k rozšíření porodních cest za účelem usnadnění prostupu plodu anebo ke zvětšení prostoru pro následné operační výkony.

Epiziotomie je nejčastějším porodnickým výkonem, který se provádí v závěru druhé doby porodní. Nejčastěji je indikována u primipar při prořezávání hlavičky, kdy hrozí ruptura poševního introitu a perinea různého rozsahu.

Epiziotomie se neprovádí, pokud je hráz pružná a rodička dobře spolupracuje.

Mezi indikace provedení epiziotomie patří vysoká, pevná a zjizvená hráz, velký plod bránící snadnému porodu. Epiziotomie je indikována také u malého a nezralého plodu, jako prevence jeho traumatizace. Při porodu plodu polohou koncem pánevním je taktéž nutné provedení epiziotomie v předchozím znecitlivění pochvy a hráze. Epiziotomie je provedena u neklidné, nespolupracující rodičky, která nevnímá pokynů lékaře a porodní asistentky a odmítá tlačit.

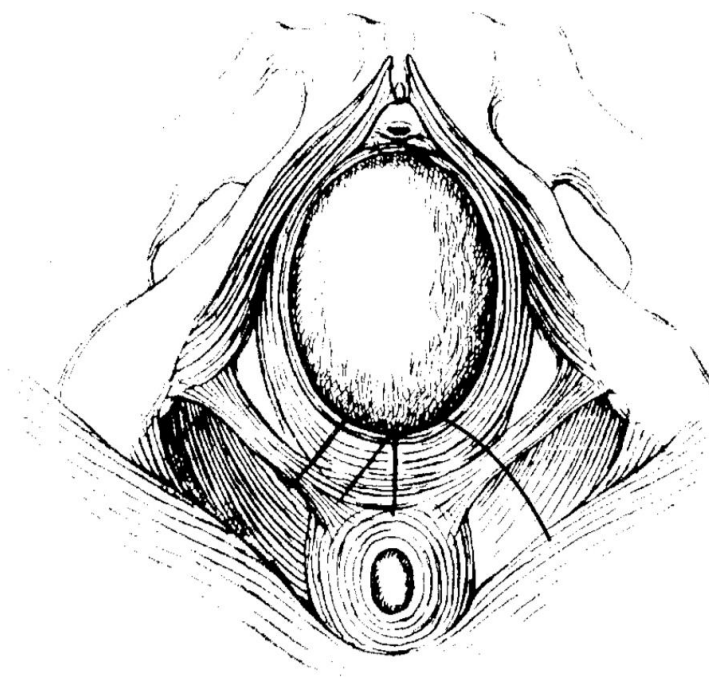
Rozsáhlejší provedení epiziotomie je před vaginálními porodnickými operacemi - porod per forcipem, vakuumextrakce, obrat či extrakce.

Rozlišujeme několik druhů nástřihu hráze.

- Ve střední čáře směrem k análnímu otvoru provedená epiziotomie je tzv. mediální epiziotomie. Protíná m. transversus perinei superficialis a profundus, je dlouhá 2-4 cm a měl by ji provádět zkušený porodník. Nevýhodou je riziko poranění m. sphincter ani

při pokračující ruptuře. Výhodou je snadná sutura a rychlé hojení.

- Nejpoužívanější typ epiziotomie je mediolaterální epiziotomie, která směřuje ze střední čáry introitu šikmo vlevo nebo vpravo k hrbolu kosti sedací. Protíná stejné svaly jako epiziotomie mediální, navíc sval m. bulbocavernosus. Tento typ epiziotomie znamená menší riziko poranění svěrače, ale vyšší riziko krvácení a horší hojivosti.
- Laterální (šikmá) epiziotomie nejméně ohrožuje poranění svěrače, se provádí laterálně od středu introitu. Tento typ epiziotomie je náročnější na suturu a hojení.
- Epiziotomie ve tvaru písmene J začíná v zadní komisuru. Zpočátku směřuje ve střední čáře a poté se stáčí laterálně a vyhýbá se anu.
- Rozšířená laterální epiziotomie (Schuchardtův řez) se provádí skalpelem, je rozsáhlejší a umožňuje nejprostornější přístup pro náročné vaginální porodnické operace. Patří k nepříliš častým výkonům z důvodu krvácení, sutury a rekonstrukce svalů pánevního dna (DOLEŽAL, 2011).



Obrázek 4 Epiziotomie

Zdroj: DOLEŽAL, Antonín et al *Porodnické operace*, s. 38

Epiziotomie se provádí většinou při zcela rozvinuté hrázi na vrcholu kontrakce a při prořezávání hlavičky. K výkonu se používají speciální sterilní nůžky se zevním zaoblením a tupým zakončením jedné branže po předchozí dezinfekci hráze. Energický stříh se vede kolmo na rozepjatou hráz na vrcholu kontrakce mezi dvěma prsty druhé ruky. Směr epiziotomie může být dle zvyku porodníka nebo pracoviště pravostranný nebo levostranný. Okolnostmi určující směr epiziotomie je jizva u předešlého porodu nebo počínající ruptura.

V případě provedení epiziotomie na nerozvinuté hrázi při porodnických operacích nebo při předčasném porodu, je provedena pudendální svodná anestezie nejčastěji 1 % Mesocainem.

Ošetření nástřihu hráze se provádí porodníkem po porodu po revizi měkkých porodních cest v zrcadlech. Před ošetřením je nutné doplnit lokální anestezii. Nekomplikovaná epiziotomie se šije od horního pólu sliznice pochvy s podslizničními tkáněmi pokračujícími nebo jednotlivými stehy až po hymenální okraj. Jednotlivými stehy se ošetří svaly hráze, podkožní vazivo a nakonec kůže. Sutura se provádí vstřebatelným vláknem (3-0 vicryl Ethicon).

Mezi komplikace spojené s epiziotomií patří hematom, zánět způsobený sekundární infekcí a dehiscence rány.

Perineum je v důsledku poranění oteklé, citlivé a pohmožděné. Je potřeba hráz kontrolovat, sledovat hojení a známky případných komplikací. Sledujeme modřiny, neporušenost zašité rány. V prvních 24 hodinách přikládáme na hráz studené obklady ve formě ledu zabaleným do papíru nebo jednorázové utěrky. Led působí znecitlivění a sníží otok.

Důležité je poučit ženu, jak má provádět hygienu. Po každém močení, stolici a po každém kojení je vhodné hráz opláchnout ve sprše vlažnou vodou. Některé literatury uvádějí sedací koupele z řapíku lékařského nebo roztoku Betadine na 100 dílků vody.

Častá výměna porodnických vložek a větrání hráze přispívá k lepšímu hojení. Z počátku je možné posazovat ženu na nafukovací plovací kruh nebo polštářek.

Poučení ženy o vstřebatelnosti stehů a kontrole u svého gynekologa po šestinedělí. (DOLEŽAL, 2011).

3.2 PORANĚNÍ HRÁZE

Odborná literatura uvádí klasifikaci porodního poranění do 3. (ČECH a kolektiv 1999) a do 4. stupňů (HÁJEK 2014).

Na vulvě jsou většinou jen drobné trhlínky (lacerace) na kůži stydkých pysků, které není potřeba ošetřovat.

Podle poranění vrstev hráze rozlišujeme:

1. stupeň - postiženy pouze vaginální sliznice a kůže perinea,

2. stupeň - poranění svalstva perinea, bez postižení análního sfinkteru (AS),

3. stupeň - poranění komplexu análního sfinkteru:

- poranění postihující do 50 % tloušťky zevního svěrače (EAS) (3a)
- poranění postihující nad 50 % tloušťky zevního svěrače (EAS) (3b)
- poranění vnitřního svěrače (IAS), anální sliznice intaktní (3c)

4. stupeň - poranění zevního a vnitřního svěrače a poranění anální sliznice (HÁJEK, 2014, ZÁHUMENSKÝ, et al., 2013).

Atypické trhlíny hráze zahrnují latentní trhlínu, která vzniká roztržením svalstva hráze při jinak neporušené kůži a sliznice pochvy. Kapsovitá trhlína je ruptura poševní stěny při neporušené kůži perinea a centrální trhlína je otvor v hrázi mezi commissura posterior a análním otvorem (ROZTOČIL, 2001).

3.2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY

Mezi rizikové faktory poranění hráze při porodu patří primiparita vaginální operační porod (nejčastěji klešťový), dystokie ramének, vyšší věk matky, porucha držení plodu. Dále riziko poranění stoupá se zvyšující se porodní hmotností plodu a větším obvodem hlavičky. Velký podíl pro vznik ruptur hráze mají opakované infekce pochvy, ať už akutní nebo chronické.

V těhotenství dochází ke zvýšené poševní sekreci, proto je nutné odlišit fyziologickou sekreci od patologické. K tomu slouží kultivační vyšetření.

Záněty pochvy dělíme na kvasinkové, vyvolané *Candidou albicans*, projevující se hojným hrudkovitým výtokem, bolestivostí a zarudnutím sliznice pochvy. Zánět způsobený *Trichomonas vaginalis* Donnée tzv. trichomoniáza, klinicky se projevuje hojným zpeněným a zeleným výtokem. Bakteriální vaginóza je způsobena změnou vaginálního ekosystému, kde převládají potenciálně patogenní mikroorganismy (*Gardnerella vaginalis*). V těhotenství jsou infekce rizikem pro předčasný porod (ROZTOČIL, 2001).

3.3 DIAGNOSTIKA PORANĚNÍ A OŠETŘENÍ LÉKAŘEM

Nejdůležitější je průkaz poranění 3. a 4. stupně, kdy by mělo být provedeno bidigitální vyšetření celistvosti análního kanálu (ukazovák v rektu a palec v pochvě). Vyloučí se tak poranění sliznice rekta nad svěračem a stanoví se přesně rozsah poranění.

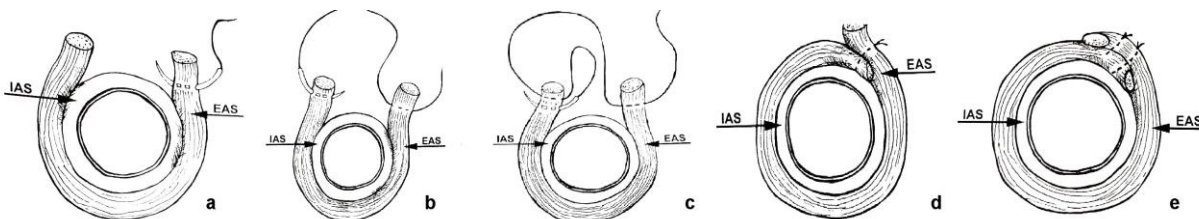
Cílem správného ošetření je snížení rizika výskytu závažných komplikací a zlepšení kvality života. Ošetření by měl provádět zkušený lékař, jelikož ošetření ruptur bývá často velmi obtížné, okraje poranění bývají nepravidelné, zhmožděné a krvácející. Ošetření je nutné provést na operačním sále vždy s asistencí, v liotomické poloze, za dostatečného osvětlení a v odpovídající anestezii, buď celkové, nebo svodné. Při ruptuře 4. stupně se provádí odděleně sutura sliznice rekta, interního análního sfinkteru a externího análního sfinkteru. Přetržené konce zevního análního sfinkteru jsou zachyceny vhodným operačním nástrojem - Alisovými nebo Duvalovými kleštěmi.

Při sutuře externího análního sfinkteru je preferována technika overlap - sfinkteroplastika, kdy se vypreparují okraje svalů, aby tyto okraje mohly být přeloženy přes sebe.

End to end technika sutury externího análního sfinkteru se používá u poranění 3a, tj. do 50 % svalu.

MUDr. Kališ ve své práci Sutura ruptury perigea 3. a 4. stupně popisuje doporučený postup sutury poranění, principy správné overlapping sfinkteroplastiky. Pokud je roztržena i sliznice rekta, je sešita jednotlivými stehy 3/0 vicryl (Ethicon) s uzly vázanými v análním lumen nebo pokračovacím submukózním stehem. Ruptura vnitřního análního sfinkteru (IAS) je šita samostatně jednotlivými adaptačními stehy metodou end-to-end (viz příloha obr. 5 a, b) dlouhotrvajícími absorbovatelnými stehy 3/0 PDS (Ethicon). Přetržené konce zevního análního sfinkteru (EAS) musí být přesně rozpoznány vizuálně a digitální kontrolou a zachyceny vhodným nástrojem,

například Allisovými kleštěmi. Sval je zachycen a přetažen jedním koncem přes druhý (overlap technika). Jako šicí materiál má být použit dlouhotrvající absorbovatelný steh 3/0 PDS (Ethicon). Dlouhotrvající absorbovatelný steh je doporučován z důvodu nižšího rizika infekce a komplikací jako například abscesů (KALIŠ, 2010).



Obrázek 5 Sutura EAS

Zdroj: Čes.Gynek. 2010, 75, č. 4, s. 289

Lékař během porodu a ošetření porodního poranění vede dokumentaci, jejíž součástí by měl být operační protokol obsahující podrobný popis poranění, způsob ošetření, použitý šicí materiál a podané antibiotické krytí. Antibiotika se podávají během výkonu i.v. jednorázově ve formě cefalosporinů - cefuroximu 1,5g, nebo je možné delší podání po dobu 5 až 10 dnů v kombinaci s metronidazolem per os. Dr. Kališ v doporučeném postupu uvádí, že ve studiích zatím nebyla prokázána výhoda podání více než 2 dávek ATB (KALIŠ, 2010).

Lékař do dokumentace zapíše přesné ordinace, které plní porodní asistentka pečující o ženu.

3.4 KOMPETENCE A PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

Porodní asistentka je, dle vyhlášky 424/2004 Sb. konkrétně § 5, kompetentní k ošetření porodního poranění. Ve většině porodnic ošetření spadá do práce lékařů a porodní asistentka ošetřuje jen nekomplikované poranění (ŠTROMEROVÁ, 2010).

Péče porodní asistentky na operačním sále.

- Porodní asistentka připraví ženu k výkonu v celkové narkóze. Předoperační příprava spočívá v odložení šperků, převlečení do operační košile, zajištění kanyly, odebrání krevních odběrů, podání antiemetik, antibiotik a zavodnění pomocí Ringerova roztoku.

Asistuje lékaři při sutuře.

- Bezprostředně po operaci pokračuje ve sledování základních životních funkcí, měří krevní tlak, tepovou frekvenci, počet dechů, EKG a pulzní oxymetrii (SpO₂ 95-100 %). Pokud je třeba a dle indikace lékaře kontroluje krevní obraz a poruchy srážlivosti krve. Kontroluje stav vědomí, krvácení, příjem a výdej tekutin. Zajistí tepelný komfort a kontroluje tělesnou teplotu. Je-li potřeba, zavádí permanentní močový katetr. Dle ordinace lékaře podává analgetika, antibiotika, uterotonika a antikoagulancia. Případně se aplikuje krevní náhrada. V případě varixů a žilních zánětů provádí bandáž dolních končetin (HÁJEK, 2014).
- Pečlivě vede zdravotní dokumentaci, kam zaznamenává veškeré výkony. Fyziologické funkce zaznamenává do akutní karty, stanovuje ošetrovatelské diagnózy.
- Co nejdříve je nutné ženě umožnit kontakt s novorozencem, kdy porodní asistentka dopomáhá ženě s kojením.
- Po stabilizaci dopomáhá ženě při včasné vertikalizaci (MIKŠOVÁ, 2006).

3.4.1 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY V ŠESTINEDĚLÍ

Perineum je v důsledku poranění oteklé, citlivé a pohmožděné. Je potřeba hráz kontrolovat, sledovat hojení a známky případných komplikací. Sledujeme modřiny, neporušenost zašité rány. V prvních 24 hodinách přikládáme na hráz studené obklady ve formě ledu zabaleným do papíru nebo jednorázové utěrky. Led působí znečitlivění a sníží otok. Od bolesti je možné podávat analgetika ve formě čípků. Šestinedělka odpočívá vleže na zádech, na boku a na břiše. Vstává opatrně, přes bok a vyhýbá se sezení a stání.

V ranném šestinedělí je pro dobré hojení porodního poranění potřeba dodržovat důkladnou hygienu. Nedělka by měla používat jednorázové, prodyšné kalhotky a vložky. Z počátku je žádoucí vložky měnit po každém kojení, protože očistky odcházejí ve zvýšené míře během kojení pod vlivem vylučování hormonu Oxytocinu, který působí jako uterotonikum. Očistky - lochia jsou směsí nekrotickou, povrchovou vrstvou endometria, krve a lymfatických tkání a rizikem pro vznik infekce. Během výměny vložek je dále nutná hygiena rukou. Z počátku porodní asistentka může ženě doporučit močit do sprchy, aby zmírnila pálení při močení. Při sprchování používat vlažnou vodu. V domácím prostředí hráz větrat volně na vzduchu nebo osušit fénem v dřepu. Stehy jsou samo vstřebatelné a měly by vypadat během 7 - 10 dnů po porodu.

Některé literatury uvádějí sedací koupele z řapíku lékařského nebo roztoku Betadine na 100 dílků vody. K lepšímu hojení je možné podávat oplachy z měsíčku lékařského nebo z dubové kůry a Kostivalu. Po vypadnutí stehů je možné začít s masáží jizvy. K tomu se užívá například šípkový, heřmánkový nebo levandulový olej.

Zastánci homeopatie doporučují ženám užívat Arnicu montanu 15 CH společně se Staphysagrii 9 CH a to 5krát denně 5 granulí první den po porodu a dále 2krát denně 5 granulí od obou léků pod jazyk, nebo rozpustit v 500 ml vody a popíjet během dne.

Z počátku je možné posazovat ženu na nafukovací plovací kruh nebo polštářek.

Porodní asistentka poučuje a informuje o hygieně a vyprazdňování stolice. V rámci pooperační péče se podávají také změkčovadla stolice - laktulóza 10-15 ml denně až do dávky 60 ml denně. Léčba by měla trvat asi 10-14 dní. V prvních dnech užívají ženy dietu tekutou, kašovitou. Z důvodu vyprazdňování stolice je třeba ženu poučit o významu změkčování stolice, k tomu doporučit vhodnou stravu a dostatek tekutin (LEIFER,2004).

Nejpozději následující den by mělo být pacientce podáno detailní vysvětlení této komplikace a vysvětlení možnosti rizika zhoršené kontinence. V případě potíží musí žena vědět, na koho se obrátit.

Oblast pánevního dna je po porodu oslabená, přesto je na místě začít s její rehabilitací v rámci prevence inkontinence. Cévní a dechová cvičení je třeba začít provádět již první den po porodu a postupně přidávat cvičení na podporu zavínování dělohy. K podpoře krevního oběhu a urychlení hojení stačí svaly několikrát denně stáhnout a povolit (PAŘÍZEK, 2009).

Pohlavní styk se v šestinedělí nedoporučuje z důvodů rané plochy na děloze, která je náchylná ke vzniku infekce a z důvodu hojení.

Poučení ženy o kontrole u jejího gynekologa po šestinedělí. V případě poranění III. stupně je žena objednána ještě před propuštěním do domácí péče na kontrolu do urogynekologické ambulance k zhodnocení hojení sutury a posouzení eventuální reziduální léze (KALIŠ, 2010).

3.5 PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ

Těhotné ženy se snaží předejít porodnímu poranění. Existuje několik technik a postupů, které

jsou zaměřeny na prevenci nebo zmírnění porodního poranění.

Masáž hráze

V současné době velice populární technika. S masáží hráze se začíná čtyři až šest týdnů před termínem porodu. Provádí se v poloze v polosedě s pokrčenýma a roztaženýma nohama za použití speciálního oleje určeného pro masáž hráze.

EPI-NO

Jedná se o měkký nafukovací balónek, který se po zavedení do pochvy a jeho nafouknutí snaží žena postupně pomalu vytlačit. Pomocí balónku dochází k pomalému a šetrnému rozpínání svalů pánevního dna. S cvičením by se mělo začít 3-4 týdny před termínem porodu (MARYŠKOVÁ, 2010).

Dianatal gel

Porodnický gel, který způsobuje kluzkost pochvy za vytvoření ochranného filmu. Balení obsahuje tři tuby s aplikátory. Využívá se během první a druhé doby porodní, a to již při prvním vaginálním vyšetření (ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, 2011).

Lněné semínko a čaj z maliníku

Lněné semínko neboli len setý, patří mezi přírodní metody. V porodnictví má uvolňující účinek a napomáhá hladké svalovině k uvolnění.

Účinky listů maliníků opět napomáhají k uvolnění hladkého svalstva. Maliník mimo jiné obsahuje velké množství vitamínů, vápníku a železa. Tato rostlina vyvolává klid a relaxaci těhotné ženy. Odvar žena popijí od 36. týdne těhotenství v podobě čaje, a to jeden až dva šálky za den (STADELMANN, 2009).

Způsob tlačení a poloha při porodu

Ideálním stavem je, pokud rodící žena může tlačit podle svých pocitů. Porodní asistentka by měla rodičce pomoci s tlačáním, navádět ji, aby tlačila pomaleji, tak aby hlavička „nevystřelila“ příliš rychle. Porodní asistentka může použít teplý obklad k chránění hráze. V některých literaturách jsou doporučeny polohy při porodu, které by mohly snížit riziko porodních poranění. Jsou to například poloha na boku nebo v kleku. U žen, které rodí ve vzpřímené poloze, například ve stoje, nelze dostatečně chránit hráz, jako je tomu u polohy vleže nebo v polosedě (KALIŠ, 2007).

Vícerodičky

Pokud žena již jednou vaginálně porodila, je nižší riziko provedení epiziotomie a nižší riziko vzniku porodního poranění u druhého porodu. (GOLDBERG, SULTANA, 2004).

3.6 KOMPLIKACE PORANĚNÍ

První komplikací perineálního poranění bývá bolestivost hráze, otok, hematoma, infekce a dehiscence poranění, rektovaginální píštěl. V některých případech mohou nastat komplikace, jako je výhřez v ráně nebo nesnášenlivost šicího materiálu. Dochází k sekundárnímu hojení, vznikají hrubší jizvy, bolestivost v jizvě, deformace poševního vchodu, což vyžaduje další chirurgický zásah. Příčinou rektovaginálních píštělí bývá často nepoznaný rozsah poranění análního sfinkteru. Pokud ženy utrpěly velké poranění pánevního dna, mají dvakrát vyšší riziko sestupu pánevních orgánů nebo rozvoje stresové inkontinence. Pokud došlo k poranění m. levator, je toto riziko až čtyřikrát vyšší (URBÁNKOVÁ, 2015).

Anální a močová inkontinence ovlivňují negativně kvalitu života, výrazným způsobem nepříznivě působí na psychiku, vyvolávají pocity ztráty sebeúcty, deprese, narušují společenské a mezilidské vztahy. Nepříznivě narušují každodenní aktivity, sociální vztahy a emocionální pohodu žen.

Anální inkontinence (AI) je jednou ze závažných komplikací, označujeme jí nedobrovolný únik tuhé formované stolice, řídké stolice či plynů. Fekální urgencí je neschopnost oddálit defekaci po dobu delší než 5-15 minut. Obstipace je definována výraznou namáhavostí při stolici, hroudovitou nebo tvrdou stolicí, pocitem neúplného vyprázdnění a méně než dvě stolice za týden.

Urgentní inkontinence (UI) moči je označován nedobrovolný únik moči. K hodnocení stupně anální a močové inkontinence se užívá St. Mark' s Inkontinence Score, kde hodnota 0 znamená plně kontinentní a 24 plně inkontinentní.

V ojedinělých případech může dojít k tak rozsáhlému poranění m. sfinkter ani externu, že je indikována dočasná axiální sigmoideostomie. Žena je nadále v péči gastroenterologa.

Dyspareunie neboli bolesti při pohlavním styku a bolesti při vyprazdňování.

V případě následných komplikací by měly být pacientky sledovány ve specializovaných

ambulancích. Kontrola zde je provedena na konci šestinedělí, tři měsíce po porodu a v jednom roce po porodu (URBÁNKOVÁ 2017), (OTČENÁŠEK 2015).

3.7 VYŠETŘENÍ VE SPECIALIZOVANÝCH AMBULANCÍCH

Cílem specializovaných pracovišť je vyhodnocení funkčního stavu pánevního dna pomocí vyšetřovacích metod.

Na prvním místě je individuální rozhovor (anamnéza) s cílem získat míru subjektivních obtíží, a to rozhovorem a metodou dotazníků. Dotazníků je celá řada, například dotazník ICIQ-SF a PISQ 12 (příloha F) nebo dotazník AI St. Mark's skóre (příloha E). Otázky jsou zaměřeny na obecné a konkrétní, týkající se konkrétních potíží s únikem moči a stolice. Vyplňování dotazníků a řízený rozhovor obsahují otázky, které jsou velmi intimní, a proto je důležité dodržet individuální a citlivý přístup a je zapotřebí navázat důvěrný vztah mezi klientkou a lékařem, respektive mezi klientkou a porodní asistentkou.

Dále pak vyšetření gynekologické se zaměřením na sestup pánevních orgánů. Jedná se o vyšetření aspektů - pohledem, sleduje se stav hráze, jizvy po epiziotomiích a rupturách, míra jejich hojení, oblast análního ústí, přítomnost hemeroidů, ústí močové trubice. Následuje vyšetření v gynekologických zrcadlech, kde lékař kontroluje případný sestup dělohy a poševních stěn. Palpačním vyšetřením lze získat informaci o stavu svalstva. Hodnotí se stav musculus levator ani, přítomnost poranění v místě jeho úponu na pánevní kosti, jeho základní tonus a kvalita volní kontrakce. Do pochvy se zavede prst, vypalpuje se sval nejdříve na levé straně, hodnotí se objem a symetrie svalu. Žena je vyzvána, aby prst sevřela, a tím se hodnotí kontraktilita svalu. Následně se provede to samé na straně pravé. Schopnost pacientky udržet malé klyzma dává údaj před fyzikálním vyšetřením (OTČENÁŠEK 2015), (URBÁNKOVÁ 2017).

Následuje vyšetření pomocí zobrazovacích metod, a to především použitím ultrazvuku a anální manometrie. Pro posouzení uretery, močového měchýře, stydké spony, levátorové plochy, análního kanálu a anorektálního úhlu se využívá introitální a perineální ultrasonografie. K tomuto zobrazení se využívá abdominální sonda, která se přikládá mezi stydké pysky a dále na introitus a zevní ústí uretery. V případě anální manometrie jde o vyšetření pomocí sondy zavedené do recta po předchozím vyprázdnění stolice. (HALAŠKA, 2004).

3.8 FYZIOTERAPIE

Základem fyzioterapie je posílení svalů pánevního dna. Tyto způsoby rehabilitace jsou velmi efektivní. Platí zde ale pravidlo, že cvičení svalů pánevního dna vyžaduje pravidelnost a trpělivost.

Ženy spolupracují s fyzioterapeutkami se specializací na problematiku pánevního dna. Nejznámějším cvičením na posílení svalů pánevního dna je Kegelovo cvičení. Během cvičení se napínají a uvolňují svaly v okolí močové trubice, pochvy a análního otvoru. Svaly se rytmicky stlačují jako při zástavě močení s frekvencí 10 až 20krát za sebou, dvakrát až třikrát denně. Při cvičení je důležité dbát na to, aby se nezapínaly jiné svaly, jako například svaly bránice a nezadržoval se dech.

Dalším z cvičení je tzv. "němá" gymnastika, která spočívá v kontrakci a relaxaci svalů pánevního dna během 5 vteřin a postupném navyšování času na 15 vteřin. Tento cvik se opakuje několikrát denně v různých situacích.

K fyzioterapii se užívají pomůcky k posilování svalů pánevního dna. Jedná se o různá závaží, balónky, elektro stimulační a elektromyografické přístroje, dále pak podpůrné vaginální pesary. Tyto pomůcky jsou zaváděny do pochvy jako tampony a napomáhají ke správnému zapojování svalů pánevního dna při cvičení (ČERMÁK, PACÍK, 2006). K posilování svalů pánevního dna za pomoci neurostimulace svalů se využívá přístroje BIOCON - 2000 W (příloha G). Tato metoda je neinvazivní, bezbolestná a bezkontaktní aplikace, kdy se pacientka nemusí svlékat. Pomáhá u všech forem inkontinence, při chronických bolestech pánevního dna, dyspareunii, dysmenoree, chronické zácpě, při orgastických poruchách žen a poruchách s erekcí mužů. Počet ošetření je individuální, závisí na intenzitě ochabnutí svalů a obtížích. Délka ošetření je 20 minut, po kterou pacientka sedí a dochází k masáži svalů.

Mezi režimové opatření při inkontinenci patří edukace ženy o zdravém životním stylu s redukcí tělesné hmotnosti u nadváhy. Nadváha různého stupně se označuje jako silný rizikový faktor pro vznik močové inkontinence. S narůstající obezitou dochází ke zvýšení nitrobřišního tlaku, dochází k nadměrnému protažení a oslabení svalové tkáně, nervů a pojivové tkáně pánevního dna (HALAŠKA, 2004).

„Vliv redukce hmotnosti na snížení projevů močové inkontinence byl jednoznačně prokázán

pouze u monstrózně obézních pacientek, které byly léčeny bandáží žaludku. I u pacientek se střední nebo mírnou obezitou lze předpokládat blahodárný vliv hmotnostního úbytku.“ (HALAŠKA. 2004, s. 76).

Eliminace situací souvisejících se zvedáním těžkých břemen, jako například kočárků, autosedaček či nošení dětí. Za nevhodné sporty se považují běhy, skoky a poskoky. Dodržování pitného režimu a trénink oddálení močení v postupných intervalech - autogenní trénink močového měchýře.

Bulking agents - jedná se o přirozenou či syntetickou vlákninu, která mění formu stolice, a sice její konzistence. Vláknina není rozkládána a vstřebávána v horních částech trávicího traktu, ale je posouvána do dalších partií, kde se projeví její specifický účinek. Podávání vlákniny je nejčastější doporučovanou léčbou fekální inkontinence.

Cvičení podle Ludmily Mojžíšové - zahrnuje skupinu cviků napomáhající k terapii funkčních poruch pohybového systému. Napomáhá při léčbě sterility a ovlivňuje orgány pánevního dna. Cvičení se skládá z 12 cviků zaměřených na svaly pánevního dna, svaly břišní a hýžd'ové. Jejich protahování, posilování a mobilizace vedou například k uvolnění sakroiliakálního skloubení, k uvolnění hladké svaloviny a k lepšímu prokrvení malé pánve. Dochází ke zlepšení funkčních potíží a ke zmírnění gynekologických obtíží. Cvičení podle Mojžíšové má velkou škálu indikací jako například inkontinence, těhotenské cvičení vedoucí ke snazšímu porodu, svalová dysbalance z inaktivity, obstipace, nepravidelná a bolestivá menstruace, bolestivý pohlavní styk a anorgasmie, problémy s početím či donošením dítěte (KOLÁŘ, et. al., 2009).

3.9 VEDENÍ DALŠÍHO PORODU

Porod komplikovaný rozsáhlou rupturou perinea s komplikacemi může způsobit strach, obavy a nejistotu při plánování dalšího těhotenství.

Doporučení k vedení dalšího porodu je kolem 20. týdne těhotenství provedeno zhodnocením klinických příznaků a objektivního nálezu při vyšetření, dále pak ultrasonografií a anální manometrií. Přihlédnuto by mělo být i k vlastnímu přání pacientky.

Elektivní císařský řez je nabídnut ženě s ultrasonograficky detekovaným defektem análního sfinkteru větším než 30 stupňů až 90 stupňů. Dále potom pokud má žena symptomy anální

inkontinence, které komplikují její život nebo jsou patrné abnormální nálezy v anorektální manometrii nebo endoanální ultrasonografii.

Pokud si žena zvolí vaginální porod, je skutečně velmi důležité vedení porodu zkušeným porodníkem, jehož snahou je předejít traumatickému vaginálnímu porodu (ZÁHUMENSKÝ, 2013), (KALIŠ, 2008).

4 KAZUISTIKA ŽENY S DIAGNÓZOU RUPTURA PERINEI III C

Následující popisovaná kazuistika je případem porodního poranění III C stupně po operativním porodu per forcipem. Pacientka byla informována o záměru využít její porod a následnou péči ke studijním účelům a souhlasila se zpracováním údajů do této bakalářské práce s tím, že její osobní údaje budou anonymizované v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Tabulka 1 Kazuistika I - identifikační údaje pacientky

Jméno a příjmení: J.J.	
Datum narození: 1991	Věk: 27
Adresa trvalého bydliště, telefon: Středočeský kraj, Praha-západ	
Kontaktní osoba, které lze podávat informace: manžel, otec dítěte	
Národnost: česká	Komunikační bariéra: není
Rodné číslo: 910000/0000	Číslo pojišťovny: 207
Státní příslušnost: ČR	Stav: vdaná
Vzdělání: vyšší odborné, DiS	Zaměstnání: učitelka MŠ
Datum přijetí: 4.10.2018 v 7:50	Typ přijetí: akutní
Oddělení: Rizikové těhotenství P3	Ošetřující lékař: MUDr. K. T.

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

Bolesti v podbříšku a v tříselech.

Medicínská diagnóza hlavní:

I/0 Dolores praesagientes in grav. hebd. 41+1, suspektní CTG.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Stav po astmatickém záchvatu ve 21. tt.

Disp. v trombocentru ve VFN - FV Leiden - heterozygot, MTHFR 677 - heterozygot.

Disp. na alergologii pro astma bronchiale a polyvalentní alergie.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientkou, chorobopis pacientky, pohled, rozhovor s ošetřujícím lékařem.

4.1 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: kardiovaskulární choroby, Leidenská mutace - heterozygot

Matka matky: bez závažného onemocnění

Otec matky: trombóza DK

Otec: hypertenze

Sourozenci: neudává

Manžel: zdravý, OSVČ

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění:

- Běžné dětské nemoci, neštovice, mononukleóza v 15 letech, luxace neguje, infekční žloutenka neguje, varixy nemá.
- Dispenzarizovaná v trombocentru ve VFN pro FV - Leiden - heterozygot, MTHFR 677 - heterozygot.
- Dispenzarizovaná na alergologii pro astma bronchiale a polyvalentní alergii, časté infekty HDC, v gr. hebd. 21. tt po 10 letech astmatický záchvat.
- Dispenzarizovaná na kardiologii pro hypertenzi od r. 2015, selfmonitoring TK, medikace.
- Dispenzarizovaná na očním pro myopii, nosí brýle i kontaktní čočky.

Operace, úrazy:

2010 - APPE+LSK

2002 - operace kolenního kloubu LDK po úraze

Transfuze: 0

Očkování: běžná dětská očkování

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: prach, pyl, roztoči, trávy

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: Dopegyt, Bisoprol, Airflusan, Forspiro 1-0-1, Jovesto 1-0-0

ABÚZY

Alkohol: neguje

Kouření: nekuřačka

Káva: před těhotenstvím pouze jeden šálek kávy

Jiné návykové látky: neguje

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: vdaná, sňatek 5. 5. 2018

Státní příslušnost: ČR

Vztahy, role a interakce: žije s manželem v bytě

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: vyšší odborná škola, DiS.

Zaměstnání: učitelka v mateřské škole, nyní na rodičovské dovolené

Ekonomické podmínky: žena je finančně zajištěna, ekonomické podmínky v normě

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: bez vyznání

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarche: od 13 let

Cyklus: pravidelný po 28 dnech s trváním menstruace 6 dní

Bolestivost: nebolestivý

Hormonální antikoncepce: užívala 6 let bez obtíží

Samovyšetřování prsou: poučena svým gynekologem, provádí sama doma

Choroby: herpes genitális neguje, zákroky na čípku nebyly, Cervarix 2006

PORODNICKÁ ANAMNÉZA

Předchozí těhotenství: žádné

Umělé přerušování těhotenství: žádné

Spontánní aborty: žádné

Mimoděložní těhotenství: žádné

S. C.: žádný

4.2 KATAMNÉZA

Sedmadvacetiletá prvorodička pracující jako učitelka v mateřské škole, t.č. na MD přichází dne 4. 10. 2018 v 7:50 hod. na příjem porodního sálu v ÚPMD v grav. hebta 41+1 pro bolesti v podbřišku a tříslech, se zachovalou plodovou vodou. Vzhledem k potermínové graviditě a suspektnímu CTG záznamu byla těhotná přijata na oddělení rizikového těhotenství, kde po domluvě s pacientkou a rozhodnutím lékaře provedena preindukce porodu prostaglandiny. Po nástupu děložní činnosti a progresi porodního nálezu byla přeložena na porodní sál. Porod ukončen operativně Simpsonovými kleštěmi pro bradykardii a hrozící hypoxii plodu v závěru II. doby porodní. Při kontrole porodního poranění lékařem zjištěna ruptura III C. Ruptura ošetřena vedoucím lékařem v celkové anestezii metodou end-to-end. Během výkonu pacientka zajištěna ATB a podána analgetika. Po výkonu byla nasazena lactulóza. Pátý den po porodu byla pacientka propuštěna do domácí péče. Lékařem byla seznámena s rehabilitačním cvičením, hygienou, péčí o porodní šití, poučena o kontrole u obvodního gynekologa po šestinedělí a objednána do urogynekologické ambulance za tři měsíce po porodu k UZ vyšetření análního svěrače.

Při kontrole ve 3 měsících po porodu bylo vzhledem k UZ vyšetření a subjektivním potížím, kdy uvádí občasnou urgenci stolice a plynů, doporučeno rehabilitační cvičení svalů pánevního dna s tlakovou masáží hráze a neurostimulací. Pacientka absolvovala 12 Biocon neurostimulací.

Kontrola 1 rok po neurostimulaci a rehabilitačním cvičením byla v urogynekologické ambulanci zaměřená na ultrazvukové vyšetření levatoru a sfinkteru. UZ levatoru odhalil suspektní avulzní poranění bilaterálně a na UZ vyšetření sfinkteru byl vnitřní i zevní svěrač bez defektu a slizniční řasa centrálně. Pacientka uvedla občasnou urgenci plynů a stolice. Dyspareunie

a inkontinence moči nepřítomna. Po zhodnocení stavu bylo pacientce doporučeno nadále posilovat svaly pánevního dna a tlaková masáž hráze.

NYNĚJŠÍ TĚHOTENSTVÍ

Poslední menstruace: 24. 12. 2007

Termín porodu: 26. 9. 2018

Týden těhotenství: 41+1

Gravidita: spontánní, primigravida

Parita: nulipara

AMC: ne

UZV: datace upravena dle UZV, I. a II. trimestrální screening negativní

Hospitalizace: nebyla

GBS: 30. 8. 2018 negativní

Další vyšetření: AMC neprovedena, oGTT v normě, UZV v normě

Prenatální péče: v prenatální péči registrujícího gynekologa a poté předána do péče gynekologa v ÚPMD

Subjektivně: kontrakce neudává, bolesti v podbřišku, pohyby plodu cítí, voda plodová je zachována, nekrvácí

Objektivně: při vědomí, orientovaná, spolupracuje, hydratace v normě, kardiopulmonálně kompenzovaná, afebrilní, břicho měkké, volně prohmatné, peristaltika je přítomna, dolní končetiny bez otoků, známek TEN a zánětu. Pacientka je bez zjevných známek jiného onemocnění, traumatu a malignity

Dg.: O47 Falešná porodní činnost, susp. CTG

Tabulka 2 Kazuistika I - hodnoty zjišťované při příjmu na porodním sále
V ÚPMD, dne 4. 10. 2018

TK: 132/82	Výška: 162	Hmotnost: 72 (+16 kg)
P: 88'	Dieta: racionální	
D: 16-18 min	Moč C, B, K: negativní	
TT: 36,4	GBS: negativní	
Stav vědomí: při vědomí	Orientace místem, časem, osobou: orientovaná	
Krevní skupina + Rh faktor, protilátky: 0 pozitivní, 1x negativní		

DALŠÍ VYŠETŘENÍ

Interní vyšetření a EKG: v pořádku od praktického lékaře

Triple test: negativní

oGTT: v normě

GBS: negativní

BWR: negativní

HBsAg: negativní

TORCH: neprovedeno

HIV: negativní

ZEVNÍ A VNITŘNÍ VYŠETŘENÍ

Zevně: děloha normotonická, FX/3

Vaginální vyšetření: klenby plné, nevyvinuté, sakrálně hrdlo těsně pro prst, hlava naléhá na vchod pánevní, nekrvácí, voda plodová neteče

Ultrazvukové vyšetření: 1 vitální plod, AS přítomna, pphl, postavení levé, placenta na přední stěně, VP v normě

CTG: suspektní, OP 144'

DOPORUČENÍ

Pro suspektní CTG záznam a po termínovou graviditu příjem na oddělení rizikového těhotenství k preindukci porodu prostaglandiny. Při progresi porodního nálezu překlád na porodní sál.

PRŮBĚH PORODU

Na rizikovém těhotenství dle plánu v 12:34 zaveden Prostin 3mg. Postupně začíná děložní činnost. V 23:40 při vaginálním vyšetření byla branka rozevřená na 5 cm a pacientka přeložena na PS, kde byla podána příprava k porodu. Ve 23:55 spontánně odtéká mekoniem zkalená VP. Pacientka kontrahuje pravidelně po 3 minutách. Při vaginálním vyšetření branka otevřená v průměru na 5 cm. Natočen suspektní CTG. V 1:05 při vaginálním vyšetření branka v průměru 8 cm, hlavička naléhá na vchod pánevní, šev šípový a MF nediferencována, kontrakce po 3 min., VP t.č. neteče, nekrvácí. Při vyšetření lékařem ve 2:41 z branky zbývá pevný lem pod sponou,

hlavička plodu naléhá na VP, tvoří se caput succedaneum, šev šípový v I. šikmém průměru, malá fontanela u čísla 2. CTG t.č. fyziologický. Zaveden periferní žilní katetr a podána spasmolytika Buscopan 1 apm. ve 100 ml FR. Délka první doby porodní 6:15. Ve 3:15 rodička udává subjektivně tlak na konečník, při vaginálním vyšetření branka zašlá, hlavička dorotovaná, fixovaná v úžině, VP zkalená, nekrvácí, bradykardie na CTG. Volán vedoucí lékař. Po 3 minutách trvající bradykardii 60/ min. u plodu, indikuje ukončení porodu per forcipem po předchozím vycévkování a nástřihu hráze v lokální anestezii za podpory infuze s Oxytocinem.

Podmínky operace: branka zašlá, hlavička fixovaná v úžině, šev šípový v přímém průměru, malá fontanela u č. 12.

Dne 5. 10. 2018 v 3:24 porozeno děvče s pupečnickem těsně 2x kolem krku, s bradykardií a hypotonií předáno do péče pediatrovi. Po stimulaci se postupně stav dítěte upravuje, přetrvává mírná hypotonie a dyspnoe. Apgar skóre dítěte 6/8/9, hmotnost 3300 g a délka 48 cm. Odebrán ASTRUP z pupečnickové krve. Délka druhé doby porodní 9 min. Placenta porozena po podání MEM i.v. Bodeloque-Schultze 36 min po porodu plodu, lůžko celistvé, pupečník fyziologický. Délka třetí doby porodní 36 minut. Bezprostřední krevní ztráta 350 ml.

OŠETŘENÍ LÉKAŘEM

Při revizi porodního poranění zjištěna epiziotomie mediolaterální l.sin, s rupturou perinei gr. III C. Vedoucí lékař indikoval suturu porodního poranění v CA.

PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ A VÝKONY

Odběry: KS, KO, Biochemie, Koagulace

Léky před výkonem:

- Azepo 2g. i.v.
- Ranital 50mg i.v.
- Degan 10mg i.v.
- Ringer 1/1 1000ml i.v.

POPIS OPERACE

Po porodu pacientka převezena na operační sál, kde v klidné celkové anestezii po dezinfekci, vycévkování a zarouškování provedena revize porodního poranění. Hrdlo intaktní, pochva i klenby intaktní, v dolním pólu levostranné epiziotomie zjištěna ruptura m. sphincter ani externus et internus, sliznice anu i rekta intaktní. Pomocí Ellisových kleští identifikovány okraje vnitřního sfinkteru, naloženy 3 Vicrylové stehy 2/0 end-to-end, poté identicky 3 stehy Vicryl 1/0 na zevní sfinkter. Dokončena sutura epiziotomie lege artis. Při kontrole per rectum dobrá adaptace, stehy neprořezávají. Celková krevní ztráta 600 ml.

ORDINACE ANESTEZIOLOGA PO VÝKONU

1. Sledovat vitální funkce:

- Kontinuálně monitorace: srdeční frekvence a pulsní Oxymetrie 120 minut
- Fyziologické funkce: TK, DF, P po 10 minutách 2 hodiny po výkonu, dále dle stavu pacientky a rozhodnutí ošetřujícího lékaře
- Kontrola krvácení
- Kontrola stavu vědomí

2. Tekutiny:

- Po douškách vodu, čaj nejdříve za 2 hodiny, dle stavu pacientky

3. Mobilizace:

- 4 - 24 hodin klid na lůžku s mírnou elevací hlavy, vstávat s dopomocí

4. LMWH:

- Fraxiparine 0,4 ml s.c. v 6:00 hod.

5. Analgezie:

- Paralen 1g i.v. po 8 hodinách (maximálně 4g/24 hod.)
- Dīpidolor 15mg i.m. po 8 hodinách (maximálně 45mg/ 24 hod.)

6. ATB:

- Během výkonu Vulmizolin 2g i.v.

7. Infuze:

- Dokapat ze sálu a dále dle stavu pacientky a dle ošetřujícího lékaře

8. PONV:

- Ondasetron 4mg i.v. po 6-8 hod., při nevolnosti a zvracení (maximálně 32mg/ 24 hod.)

9. Laboratorní vyšetření:

- Dle stavu pacientky

10. Další ordinace:

- Dle ošetřujícího lékaře

Zhodnocení stavu:

Pacientka je při vědomí, má obnoveny obranné reflexy a volné dýchací cesty, spolupracuje. Funkce dýchacího a kardiovaskulárního systému jsou v pásmu fyziologických hodnot. Nejsou přítomny známky komplikace v operační ráně nebo s místem výkonu souvisejících orgánů a tkání.

ORDINACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE V ŠESTINEDĚLÍ

1. Medikace:

- Laxantiva: Lactuloza 1 lžice nalačno 10 - 14 dne
- Analgetika: Algifen gtt. p.o. 20-20-20

2. Led na hráz

3. Další ordinace:

- Kontrola sutury, krvácení, retrakce dělohy
- Za 3 měsíce kontrolní UZV análního svěrače v urogynekologické ambulanci

4. Dieta:

- Kašovitá

5. Terapeutický plán:

- Rehabilitace svalů pánevního dna

6. Propuštění:

- Dle stavu pacientky

Pacientka propuštěna 5. den po porodu do domácí péče. Při propuštění byla lékařem poučena o hygieně, stravě, rehabilitačním cvičení a kontrole u obvodního gynekologa po šestinedělí. Objednána do urogynekologické ambulance 3 měsíce po porodu k UZ vyšetření análního svěrače.

KONTROLA V UROGYNEKOLOGICKÉ AMBULANCI

Dle objednání pacientky bylo provedeno plánované ultrazvukové vyšetření sfinkteru a levatoru. Pacientka byla vyšetřena po 3 měsících před neurostimulací a 1 rok po neurostimulaci a rehabilitačním cvičení.

KONTROLA 3 MĚSÍCE PO PORODU

Pacientka přichází dne 11. 1. 2019 na kontrolu, kdy absolvovala rehabilitační cvičení svalů pánevního dna.

Subjektivně:

- **Stolice:** udává urgenci stolice pouze ráno, 2x epizoda úniku řídké stolice v 1. týdnu po porodu, nyní urgencye plynů, jinak bez výrazných obtíží
- **Močení:** bez obtíží, urgenci neguje
- **Pohlavní styk:** bez obtíží, dyspareunii nemá
- **Kojení:** částečné, s dokrmem
- **Menzes:** ano

Vaginální vyšetření:

Přední a zadní stěna poševní v normě, hrdlo nesestupuje, hráz zhojená

Ultrazvukové vyšetření:

UZ levátoru: suspektní avulzní poranění bilaterálně

UZ sphinkteru: vnitřní i zevní svěrač bez defektu, slizniční řasa centrálně

Doporučení:

- Pacientka poučena o rehabilitačním cvičení pánevního dna
- Biocon 2000w křeslo - 12 sezení
- Tlakové masáže hráze
- Kontrola v urogynekologické ambulanci 1 rok po porodu.

KONTROLA 1 ROK PO PORODU

Pacientka přichází ke kontrolnímu vyšetření dne 23. 10. 2019, kdy absolvovala rehabilitační cvičení svalů pánevního dna a neurostimulaci na přístroji Biocon 2000w (12 sezení).

Subjektivně:

- **Stolice:** bez obtíží, stolicí udrží, nyní urgency stolice a plynů
- **Močení:** mikce bez obtíží, inkontinenci neguje
- **Pohlavní styk:** bez obtíží
- **Kojení:** nekojí
- **Menstruace:** menstruaci má pravidelně

Vaginální vyšetření:

Přední i zadní stěna v normě, hrdlo nesestupuje

Ultrazvukové vyšetření:

UZ levátoru: suspektní avulzní poranění bilaterálně

UZ sphinkteru: vnitřní i zevní svěrač bez defektu, slizniční řasa centrálně

Doporučení:

- Rehabilitační cvičení pánevního dna (příloha D)
- Tlaková masáž hráze

4.3 ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015-2017. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9009-6.

Období během porodu - seřazení dle priorit:

- 00256 - Porodní bolest
- 00148 - Strach
- 00044 - Narušená integrita tkáně
- 00093 - Únava

Období po porodu - seřazení dle priorit:

- 00206 - Riziko krvácení
- 00015 - Riziko zácpy
- 00004 - Riziko infekce
- 00014 - Inkontinence stolice

Tabulka 3 Kazuistika I - posouzení dle 13 domén

DOMÉNA	Během porodu	Po porodu
1-PODPORA ZDRAVÍ	X	X
2-VÝŽIVA	X	X
3-VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	X	00015 - Riziko zácpy 00014 - Inkontinence stolice
4-AKTIVITA/ODPOČINEK	00093 - Únava	00093 - Únava
5-PERCEPCE/KOGNICE	X	X
6-SEBEPERCEPCE	X	X
7-VZTAHY MEZI ROLEMI	X	X
8-SEXUALITA	X	X
9-ZVLÁDÁNÍ/ TOLERANCE ZÁTĚŽE	00148 - Strach	00148 - Strach
10-ŽIVOTNÍ PRINCIPY	X	X

11- BEZPEČNOST/OCHRANA	00004 - Riziko infekce 00206 - Riziko krvácení 00044 - Narušená integrita tkáně	00004 - Riziko infekce 00206 - Riziko krvácení 00044 - Narušená integrita tkáně
12-KOMFORT	00256 - Porodní bolest	X
13-RŮST/VÝVOJ	X	X

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY BĚHEM PORODU:

Porodní bolest (00252)

Doména 12 Komfort

Třída 1 Tělesný komfort

Definice: Smyslový a emocionální zážitek od příjemného po nepříjemný spojovaný s děložními stahy a porodem.

Určující znaky:

- změna svalového napětí
- změna dechové frekvence
- rozptýlená pozornost
- expresivní chování
- zúžené zaměření
- bolest
- perineální tlak

Související faktor:

- dilatace děložního hrdla
- vypuzení plodu

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe příčiny bolestí do 1 hodiny.

Pacientka má dostatečné informace o úlevových polohách a umí je sama zaujmout.

Pacientka zvládá techniku dýchání při kontrakcích a aktivně pracuje se zvládáním bolesti.

Ošetřovatelské intervence:

1. Proved' důkladné posouzení bolesti, charakter a místo - porodní asistentka - ihned.
2. Zjistí intenzitu bolesti.
3. Akceptuj rodičku a přítomnost její bolesti - porodní asistentka - po celou dobu.
4. Přistupuj k rodičce empaticky a udržuj s pacientkou úzký kontakt, je důležité, aby věděla, že jste vždy na blízku - porodní asistentka - po celou dobu.
5. Nauč pacientku zaujímat správné úlevové polohy - porodní asistentka - po celou dobu.
6. Vysvětli správnou techniku dýchání, následně si ověř, že rodička všemu rozuměla a techniku zvládá - porodní asistentka - po celou dobu.
7. Zaznamenej veškeré zjištěné informace do dokumentace - porodní asistentka - po celou dobu.

Realizace:

Během porodu byla postupně zjišťována intenzita bolesti a její lokalizace. Po celou dobu byl s pacientkou udržován úzký vztah z důvodu získání důvěry. Rodičce byly vysvětleny možnosti úlevových poloh a vysvětlena správná technika dýchání. Během doby mimo kontrakce byla informována o důležitosti relaxace. Veškeré získané informace byly zaznamenány do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn.

Pacientka během kontrakcí správně dýchá a při kontrakcích využívá úlevových poloh. V období bez kontrakcí odpočívá.

Strach (00148)

Doména 9 Zvládání/ tolerance zátěže

Třída 2 Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě vnímáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- znepokojení
- pociťuje strach
- pociťuje obavy
- zvýšené napětí

Související faktory:

- přirozená reakce na stimuly - strach o dítě

- nemocniční procedury

Krátkodobý cíl: Pacientka pocítuje zklidnění a menší intenzitu strachu do 5 hodin.

Dlouhodobý cíl: Pacientka má minimální pocit strachu do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka zná podrobně svůj zdravotní stav a je schopna o něm bez problémů hovořit do 1 hodiny.

Pacientka se nebojí o sebe ani o své narozené dítě, zná další postupy léčby do 2 hodin.

Pacientka přijímá všechny formy podpory a pomoci ihned.

Pacientka spolupracuje při léčbě a zvládá vyjádřit pocity strachu a obavy.

Pacientka porozuměla všem informacím týkající se jejího zdravotního stavu po celou dobu.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí od pacientky její obavy a příčiny strachu - porodní asistentka - hned.
2. Umožni pacientce vyjádřit své emoce, buď jí oporou a naslouchej jí - porodní asistentka - hned.
3. Respektuj obavy pacientky a jednej s ní s úctou - porodní asistentka - vždy.
4. Nauč pacientku relaxace a uvolnění od strachu - porodní asistentka - vždy.
5. Kontroluj pacientku a buď jí na blízku - porodní asistentka - vždy.

Realizace:

Pacientce byl lékařem vysvětlen postup léčby, s postupem souhlasí, chápe důvody ukončení porodu per Forceps a chápe důvody ošetření poranění v CA.

Pacientka svěřila své obavy a byla ujištěna, že je pod kontrolou lékařů a porodních asistentek.

Pravidelně je monitorován zdravotní stav pacientky a vše je pravidelně zaznamenáváno do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý a dlouhodobý cíl byl splněn, pacientka je klidná a spolupracuje se zdravotním personálem. Klade otázky a porozuměla informacím o svém zdravotním stavu.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11 Bezpečnost/ochrana

Třída 2 Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, kůže, svalů.

Určující znaky:

- poškozená tkáň
- zničená tkáň

Související faktory:

- mechanické faktory (střížné síly, trauma)
- chirurgický zákrok (instrumentální porod)
- vlhkost

Cíl krátkodobý: Pacientce se hojí rána per primam v průběhu hospitalizace.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zhojenou suturu během 3 týdnů.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka poučena o hygieně sutury ruptury - porodní asistentka - do 2 hodin

Pacientka chápe péči o suturu do 2 hodin

Pacientka má suturu bez známek infekce po dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacientku o hygieně v oblasti sutury - porodní asistentka - do 2 hodin.
2. Edukuj pacientku o častém sprchování v oblasti sutury - porodní asistentka - do 2 hodin.
3. Edukuj pacientku o častém větrání v oblasti sutury - porodní asistentka - do 2 hodin.
4. Edukuj pacientku o časté výměně porodnických vložek a spodního prádla - porodní asistentka - do 2 hodin.
5. Sleduj pacientku, jak dbá intervencí - porodní asistentka - průběžně.
6. Dávej pacientce dostatek vložek a prádla - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace.
7. Kontroluj stav hojení sutury - porodní asistentka - průběžně.
8. Dbej na dostatečnou hydrataci a výživu - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace.
9. Měř fyziologické funkce dle ordinace lékaře - porodní asistentka - průběžně.
10. Zaznamenávej veškeré informace do dokumentace - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace.

Realizace:

0. poporodní den byla pacientka porodní asistentkou poučena o péči o suturu. Sutura mírně oteklá, porodní asistentka z toho důvodu podala led. Po ledování hráze, otok částečně ustal.

1. poporodní den pacientka pečuje o suturu sama, žádá led na hráz. Sutura je klidná a bez známek infekce.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka rozumí informacím a ví, jak o šití pečovat. Edém ustal druhý den po porodu. Rána se po dobu hospitalizace hojí per primam bez známek infekce.

Krátkodobý cíl splněn.

Dlouhodobý cíl pokračuje v intervencích po dobu šestinedělí v domácí péči.

Únava (00093)

Doména 4 Aktivita/ odpočinek

Třída 3 Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Určující znaky:

- uvádí pocit únavy
- nedostatek energie
- apatie

Související faktory:

- porod
- fyzický stav

Cíl krátkodobý: Pacientce je zajištěn dostatečný odpočinek - porodní asistentka - do 1 dne.

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez únavy - porodní asistentka - do dne propuštění.

Priorita: nízká

Očekávané výsledky:

Pacientka nepocítuje únavu do 24 hodin

Pacientka má dostatek energie do 2 dnů

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí příčinu únavy pacientky - porodní asistentka - ihned.
2. Změř fyziologické funkce - porodní asistentka - ihned.
3. Zajisti pacientce dostatek času na odpočinek - porodní asistentka - po celou dobu únavy.
4. Dopomáhej pacientce v péči o novorozence - porodní asistentka - po celou dobu únavy.

5. Edukuj pacientku o signalizačním zařízení - porodní asistentka - ihned.
6. Dopomáhej pacientce provést důkladnou hygienu - porodní asistentka - po celou dobu únavy.
7. Sleduj stav pacientky - porodní asistentka - po dobu únavy.
8. Vše řádně zaznamenej do dokumentace - porodní asistentka - průběžně.

Realizace:

Pacientka pociťuje únavu z důvodu vyčerpání z porodu. Porodní asistentka zajistila pacientce dostatek prostoru k odpočinku. Poučila pacientku o signalizačním zařízení a dopomohla při hygieně a péči o novorozence. Podala pití a jídlo. Pravidelně je monitorován zdravotní stav pacientky a vše je pravidelně zaznamenáváno do dokumentace.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Krátkodobý i dlouhodobý cíl splněn. Pacientka se do druhého dne vyspala a nepociťovala únavu během hospitalizace.

RIZIKOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

Riziko krvácení (00206)

Doména 11 Bezpečnost/ ochrana

Třída 2 Tělesné poškození

Definice: Náchylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví.

Určující znaky:

- poporodní komplikace
- trauma
- léčba

Související faktory:

- porod
- trauma

Cíl krátkodobý: Pacientka nejeví známky silného krvácení po porodu.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nekrvácí do propuštění.

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

Pacientka rozumí příčině krvácení.

Pacientka nemá známky vnitřního krvácení do 24 hodin.

Porodní poranění nekrvácí do 24 hodin.

Pacientka má laboratorní hodnoty koagulace a KO fyziologické po dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Urči rizikové faktory, vztahující se k situaci - porodní asistentka - ihned.
2. Informuj lékaře v případě silného krvácení - porodní asistentka - vždy.
3. Sleduj krvácení z místa poranění - porodní asistentka - vždy.
4. Sleduj příznaky skrytého krvácení v místě sutury - porodní asistentka - vždy.
5. Edukuj pacientku o možných projevech krvácení - porodní asistentka - ihned.
6. Kontroluj fyziologické funkce dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace - porodní asistentka.
7. Kontroluj laboratorní hodnoty koagulace a KO - porodní asistentka - dle ordinace lékaře.
8. Zaznamenej každou kontrolu krvácení do dokumentace - porodní asistentka - vždy.

Realizace:

0. poporodní den: pacientka měla krevní ztrátu bezprostředně po porodu 350 ml, po ošetření v CA byla celková krevní ztráta 600 ml. Porodní asistentka pacientku edukovala o možnosti skrytého krvácení a vysvětlila jí příznaky tohoto krvácení, průběžně tyto příznaky krvácení kontrolovala. Porodní asistentka kontrolovala výšku děložního fundu. Odebrala koagulace a KO dle ordinace lékaře a změřila fyziologické funkce.

1. poporodní den: sutura se hojí per primam, nedochází ke skrytému krvácení a paravaginálnímu hematomu. Děloha je retrahovaná 2 prsty pod pupkem, očistky odchází přiměřeně. Fyziologické funkce a hodnoty koagulace a KO jsou fyziologické.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka bez známek silného krvácení, sutura se hojí per primam bez známek infekce, děloha je retrahovaná a očistky fyziologické.

Krátkodobý cíl byl splněn.

Dlouhodobý cíl má pokračující intervence.

Riziko zácpy (00015)

Doména 3 Vylučování a výměna

Třída 2 Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Riziko snížené normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tvrdé, suché stolice.

Určující znaky:

- změny ve zvyklostech přijímat potravu
- rektální, anální fisury
- emoční stres
- hormonální změny

Související faktory:

- porod
- trauma

Cíl krátkodobý: Pacientka se do dvou dnů sama spontánně vyprázdní.

Cíl dlouhodobý: Pacientka chápe důvody podávání laxativ a dodržování dietních opatření.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka nemá žádné příznaky zácpy po celou dobu hospitalizace.

Pacientka užívá předepsaná laxativa dle ordinace lékaře.

Pacientka dodržuje vhodnou předepsanou dietu.

Pacientka dodržuje pitný režim.

Ošetrovatelské intervence:

1. Pacientce podávej lékařem naordinovaná laxativa - porodní asistentka - po dobu hospitalizace.
2. Vysvětli pacientce vhodné potraviny - porodní asistentka - po dobu hospitalizace.
3. Vysvětli pacientce důvody dodržování těchto postupů - porodní asistentka - po dobu hospitalizace.
4. Pacientku edukuj o dostatečném příjmu tekutin - porodní asistentka - po dobu hospitalizace.

Realizace:

Pacientce byla podávána laxativa dle ordinace lékaře 3x denně. Byla jí objednána dieta a doporučen dostatek tekutin. Pacientce byly vysvětleny důvody léčebných postupů.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka dodržuje léčebný režim. Druhý den hospitalizace se spontánně vyprázdnila.

Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

Riziko infekce (00004)

Doména 11 Bezpečnost/ochrana

Třída 1 Infekce

Definice: Náchyllost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory:

- nedostatečné znalosti
- invazivní postupy
- změna integrity kůže (poporodní poranění)
- vystavení se nákaze (patogenní mikroorganismy)

Cíl krátkodobý: Pacientka zná prevence vzniku infekce do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá známky infekce po dobu hospitalizace porodního poranění a PŽK.

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

Pacientka zná projevy infekce v oblasti sutury a PŽK.

Pacientka zná prevenci vzniku infekce do 2 hodin.

Pacientka má fyziologickou teplotu po dobu hospitalizace.

Pacientka nejeví známky infekce v místě sutury a v místě PŽK.

Ošetřovatelské intervence:

1. Pečuj o zavedenou i. v. kanylu, zajisti čistotu okolí vpichu - porodní asistentka - vždy.
2. Edukuj pacientku o příznacích vzniku infekce v místě PŽK - porodní asistentka - vždy.
3. Sleduj možné známky infekce vpichu - porodní asistentka - vždy.
4. Ověř si průchodnost PŽK aplikováním fyziologického roztoku před podáním i. v. léku - porodní asistentka - vždy.
5. Edukuj pacientku o hygieně v oblasti zevního genitálu - porodní asistentka - do 2 hodin.
6. Zajisti hygienu v oblasti zevního genitálu - porodní asistentka - vždy.
7. Zajisti pacientce dostatek hygienických vložek a vhodného spodního prádla - porodní asistentka - vždy.

8. Zajisti pacientce dostatek ložního prádla - porodní asistentka - vždy.
9. Zajisti celkovou hydrataci - porodní asistentka - průběžně.
10. Kontroluj stav sutury a sleduj možné známky infekce - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace.
11. Sleduj charakter očístků - porodní asistentka - vždy.
12. Sleduj fyziologické funkce - porodní asistentka - průběžně.
13. Postupuj asepticky při každém výkonu - porodní asistentka - vždy.
14. Převoz invazivních vstupů prováděj dle standardů oddělení nebo dle ordinace lékaře.
15. Veškeré informace o zdravotním stavu zaznamenávej do dokumentace - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace.

Realizace:

0. poporodní den: v prvních dvou hodinách po porodu byly pacientce vysvětleny zásady péče o suturu porodního poranění, byla edukována o hygieně zevního genitálu tak, aby se minimalizovalo riziko vzniku infekce (ránu často sprchovat, větrat a dbát na výměnu porodnických vložek, oplachy genitálu). Pacientka byla po 2 hodinách opláchnuta v lůžku na podložní míse, byly jí vyměněny porodnické vložky a rána byla na vzduchu osušena.
1. poporodní den: změřeny fyziologické funkce, TT 36,4 °C, po sprše provedena kontrola sutury, kdy rána mírně oteklá, podán led na hráz. Sutura bez známek infekce. Matce byla zajištěna pravidelná výměna ložního a osobního prádla. PŽK porodní asistentka pravidelně kontroluje a je bez známek infekce.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka je bez projevů infekce, fyziologické funkce jsou v normě. O hygienu zevního genitálu pečuje sama.

Krátkodobý cíl splněn.

Dlouhodobý cíl pokračující intervence.

Inkontinence stolice (00014)

Doména 3 Vylučování a výměna

Třída 2 Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Změna v normálním vyprazdňování střeva charakterizovaná nechtěným odchodem stolice.

Určující znaky:

- naléhavá potřeba
- neschopnost rozpoznat potřebu defekace
- neschopnost pozdržet defekaci
- fekální znečištění oblečení
- začervenání pokožky v perianální oblasti

Související faktory:

- ochablý rektální svěrač
- abnormalita rektálního svěrače
- trauma (porodní poranění)

Cíl krátkodobý: Pacientka se vyprázdní během 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka umí využít pomůcek zajišťujících hygienu a zná cviky na posílení svalů pánevního dna.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe vyvolávající příčiny inkontinence stolice a plynů.

Pacientka zvládá způsoby, kterými lze projevy choroby ovlivnit (dieta a správná skladba potravin, léky k prevenci zácpy).

Dbá na zvýšenou hygienu po každé stolici.

Pacientka umí používat inkontinenční pomůcky.

Pacientka zná rehabilitační cvičení na podporu svalů pánevního dna.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zaznamenej dobu výskytu a podmínky, za kterých dochází k odchodu stolice - průběžně.
2. Zhodnot' vliv onemocnění na společenské uplatnění pacienta, jeho sexuální potřeby a pocity méněcennosti - průběžně.
3. Věnuj pozornost podávaným lékům s ohledem na jejich vedlejší účinky - vždy.
4. Všímej si charakteru stolice - průběžně.
5. Zajisti dostatek inkontinenčních pomůcek - průběžně.
6. Dbej na zvýšenou hygienu po každé stolici - vždy.
7. V rámci časového dodržování péče o stolici podávej laxativa a změkčovadla stolice - po dobu hospitalizace.

8. Dávej přednost potravně, která pacientku nezatěžuje, ale její vyprazdňování usnadňuje - po dobu hospitalizace.
9. Zdůrazni pravidelný nácvik vyprazdňování s ohledem na zvyšování svalového tonusu - průběžně.
10. Doporuč pacientce vhodné cviky na posílení svalů pánevního dna - po dobu hospitalizace.
11. Pouč o nutnosti vhodné diety s vysokým obsahem vlákniny se zachováním dostatečného příjmu tekutin (minimálně 2 litry denně) - po dobu hospitalizace.
12. Vyjádři pacientce psychickou podporu – po celou dobu.

Realizace:

Na oddělení šestinedělí byla pacientka informována o možnosti vzniku přechodných obtíží s inkontinencí stolice a plynů, které souvisí s poraněním svěrače při porodu. Byla edukována o hygieně po každé stolici a o dietních opatřeních (vhodné potraviny s vysokým podílem vlákniny a užívání laxativ). Pacientka byla seznámena s rehabilitačním cvičením k posílení svalů pánevního dna.

Při kontrole v urogynekologické ambulanci po šestinedělí byla po zhodnocení stavu a obtíží lékařem doporučena neurostimulace.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Druhý den po porodu došlo u pacientky k vyprázdnění stolice. Pacientka zná hygienická opatření a dietu. Pacientka je informována o možnosti přechodných obtíží s inkontinencí stolice a plynů spojených s poraněním svěrače po porodu. Je seznámena s cviky na posílení svalů pánevního dna a uvolnění svěrače konečníku.

Krátkodobý cíl splněn.

Dlouhodobý cíl pokračující intervence.

Sexuální dysfunkce (00059)

Doména 8 Sexualita

Třída 2 Sexuální funkce

Definice: Stav, při kterém jedinec zažívá změnu v sexuálním fungování během sexuálních reakčních fází touhy, vzrušení anebo orgasmu, který je vnímám jako neuspokojující, neobohacující nebo neadekvátní.

Určující znaky:

- vnímané sexuální omezení
- změna v sexuální aktivitě
- změna v sexuálním vzrušení
- změna sexuální role
- snížení sexuální touhy
- nežádoucí změna v sexuálním fungování

Související faktory:

- změněná struktura těla (porodní trama)
- změněná funkce těla (trauma, operace)
- zranitelnost

Cíl krátkodobý: Pacientka chápe důvody spojené s dyspareunií po dobu hospitalizace.

Cíl dlouhodobý: Dojde ke zlepšení pohlavního styku do půl roku.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka je obeznámena s danou sexuální poruchou i s těžkostmi a změnami sexuálních projevů, které z ní vyplývají.

Pacientka je schopna si uvědomit vlastní možnosti ve změněných podmínkách a má realistický odhad vlastních možností.

U pacientky selepší partnerská komunikace.

Pacientka je seznámena s vhodnými pomůckami (lubrikační gel).

Ošetřovatelské intervence:

1. Zjistí sexuální anamnézu i názory na to, co považuje pacientka v sexuální sféře za normální - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace.
2. Zjistí druh problémů a obav v sexuální sféře (formou rozhovoru nebo dotazníku) - porodní asistentka - vždy.
3. Ponechej pacientku, aby se o všem vyjádřila vlastními slovy a pečlivě ji vyslechni - porodní asistentka - vždy.
4. Ověř si kulturní a náboženské hodnoty, které by mohly ovlivňovat sexualitu.
5. Vytvoř klidnou a otevřenou atmosféru pro rozhovor.
6. Nabídní možnost individuální konzultace v sexuologické poradně.

Realizace:

Pacientka při kontrole v urogynekologické ambulanci vyplnila dotazník zaměřený na sexuální obtíže spojené s komplikacemi ruptury konečníku. Na základě dotazníkového zhodnocení obtíží provedl rozhovor s pacientkou lékař, který pečlivě vyslechl pacientky obtíže. Pacientka uvedla bolestivý pohlavní styk. Porodní asistentka pacientce doporučila využít lubrikační gel.

Hodnocení:

Dyspareunie postupně ustupují. V prvních třech měsících uvedla dyspareunii, která se po šesti měsících zmírnila. Při rozhovoru s lékařem nepociťovala větší obavy o svůj sexuální život.

Krátkodobý i dlouhodobý cíl splněn.

5 KAZUISTIKA ŽENY S DIAGNÓZOU RUPTURA PERINEI III A

Následující popisovaná kazuistika je případem porodního poranění III A stupně po operativním porodu per VEX. Pacientka byla informována o záměru využít její porod a následnou péči ke studijním účelům a souhlasila se zpracováním údajů do této bakalářské práce s tím, že její osobní údaje budou anonymizované v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Tabulka 4 Kazuistika II - identifikační údaje pacientky

Jméno a příjmení: H.A.	
Datum narození: 1988	Věk: 31 let
Adresa trvalého bydliště, telefon: Praha	
Kontaktní osoba, které lze podávat informace: matka	
Národnost: česká	Komunikační bariéra: není
Rodné číslo: 8800000000	Číslo pojišťovny: 111
Státní příslušnost: ČR	Stav: vdaná
Vzdělání: vysokoškolské, Bc.	Zaměstnání: recepční
Datum přijetí: 21.6.2019 v 11:20	Typ přijetí: plánované
Oddělení: rizikové těhotenství	Ošetřující lékař: Dr. V.F.

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

Plánovaná indukce porodu

Medicínská diagnóza hlavní:

Preindukce porodu pro potermínovou graviditu I/0 g. h. 41+3

Medicínské diagnózy vedlejší:

Alopecie

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientkou, chorobopis pacientky, pohled, rozhovor s ošetřujícím lékařem.

5.1 ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: St. p. operaci štítné žlázy pro karcinom

Matka matky: úzkosti, onemocnění cév

Otec matky: ca plíc

Otec: akutní zánět slinivky břišní

Matka otce: CMP

Otec otce: bez závažného onemocnění

Sourozenci: sestra: zdráva

Manžel (otec dítěte): bez závažného onemocnění, OSVČ

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: běžné dětské nemoci, mononukleózu neprodělala, hepatitis neprodělala, alopecie

Hospitalizace a operace: 2014 konizace čípku

Úrazy: ne

Transfúze: ne

Očkování: běžná dětská očkování

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: alergie na Biseptol (kožní vyrážka)

Potraviny: neguje

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

ABÚZY

Alkohol: neguje

Kouření: nekuřačka

Káva: jeden šálek za den

Léky: neužívá

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: vdaná

Státní příslušnost: ČR

Vztahy, role a interakce: bydlí společně s manželem v bytě, manžel OSVČ

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: vysokoškolské vzdělání, Bc.

Zaměstnání: recepční

Vztahy na pracovišti: dobré

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarche: od 14 let

Cyklus: pravidelný po 30 dnech s trváním menstruace 5 dní

Bolestivost: cyklus nebolestivý

Hormonální antikoncepce: neužívá

Samovyšetření prsou: sama neprovádí, provádí obvodní gynekolog

Gynekologické operace: 2014 konizace čípku

PORODNICKÁ ANAMNÉZA

Předchozí těhotenství: žádné

Porody celkem: žádné

Umělé přerušování těhotenství: žádné

Spontánní aborty: žádné

Mimoděložní těhotenství: žádné

5.2 KATAMNÉZA

Jednatřicetiletá nullipara pracující jako recepční, nyní na MD přichází dne 21. 6. 2019 v 11:20 hodin k plánované preindukci porodu pro po termínovou graviditu v grav. hebd. 41+3. Na příjmu PS po natočení CTG monitoru a vyšetřením lékařem, byla zahájena preindukce porodu Folley katetrem. Žena hospitalizována na rizikovém těhotenství, kde byl zaveden Prostin 3mg. Po nástupu pravidelné děložní činnosti a progresi vaginálního nálezu přeložena na PS. Porod ukončen operativně per VEX pro vyčerpanou rodičku. Při kontrole porodního poranění lékařem zjištěna ruptura III A. Ruptura ošetřena vedoucím lékařem v lokální anestezii po vrstvách lege artis. Podána analgetika a nasazena lactulóza. 5. den po porodu před propuštěním do domácí péče, byla pacientka poučena o hygieně a kontrole po šestinedělí u obvodního gynekologa. Objednána do

urogynekologické ambulance 3 měsíce po porodu k UZ vyšetření análního svěrače. 15. den po porodu pacientka přichází na gynekologickou pohotovost s pocitem dehiscence epiziotomie. 7. 7. 2019, 17. den po porodu byla provedena ambulantně resutura epiziotomie v CA. Pacientka zajištěná ATB a propuštěná do domácí péče. 27. 9. 2019 při kontrole 3 měsíce po porodu na urogynekologii byla hráz zhojená. Pacientka subjektivně udává bolesti při pohlavním styku a občasný nekontrolovatelný únik plynů. Inkontinenci moči a stolice nemá. Na UZ byl zjištěn vyšší tonus levátoru. Lékař vzhledem k subjektivním obtížím pacientce doporučil neurostimulaci, tlakovou masáž hráze a rehabilitační cvičení k posílení svalů pánevního dna. Pacientka absolvovala 10 neurostimulací na přístroji Biocon 2000w a rehabilitační cvičení.

Kontrola 1 rok po porodu proběhla dne 3. 7. 2020. Na ultrazvuku zjištěn přetrvávající vyšší tonus levátoru, vyšetřený sphinkter byl bez defektu. Pacientka udává občasný bolestivý pohlavní styk a pouze občasný únik plynů. Inkontinenci moči a stolice nemá.

NYNĚJŠÍ TĚHOTENSTVÍ

Poslední menstruace: 4. 9. 2018

Termín porodu: 11. 6. 2019

Týden těhotenství: 41+3

Gravidita: spontánní, primigravida

Parita: nullipara

Další vyšetření: AMC neprovedena, oGTT v normě, UZV polyhydramnion

Prenatální péče: v prenatální péči registrujícího gynekologa a poté předána do péče gynekologa v ÚPMD

I/0, prodloužené těhotenství in grav. hebd. 41+3 dle PM. Pacientka byla odeslána z prenatální ambulance k plánované preindukci.

Subjektivně: bez obtíží, bez bolesti, pohyby plodu cítí, voda plodová je zachována, nekrvácí

Objektivně: při vědomí, orientovaná, spolupracuje, hydratace v normě, kardipulmonálně kompenzovaná, afebrilní, břicho měkké, volně prohmatné, peristaltika je přítomna, dolní končetiny bez otoků, známek TEN a zánětu. Pacientka je bez zjevných známek jiného onemocnění.

Dg.: O48 Prodloužené těhotenství

Tabulka 5 Kazuistika II - hodnoty zjišťované při příjmu na porodním sále
V ÚPMD dne 21. 6. 2019

TK: 110/81	Výška: 165	Hmotnost: 92 (+22 kg)
P: 86'	Dieta: racionální	
D: 16-18 min	Moč C, B, K: negativní	
TT: 36,3	GBS: negativní	
Stav vědomí: při vědomí	Orientace místem, časem, osobou: orientovaná	
Krevní skupina + Rh faktor, protilátky: 0 pozitivní, 1x negativní		
Otoky: ne Varixy: ne		

DALŠÍ VYŠETŘENÍ

Interní vyšetření a EKG: nemá

Triple test: negativní

oGTT: v normě

GBS: negativní

BWR: negativní

HBsAg: negativní

TORCH: neprovedeno

HIV: negativní

ZEVNÍ A VNITŘNÍ VYŠETŘENÍ

Zevně: Děloha normotonická, FX/3

Vaginální vyšetření: klenby plné, nevyvinuté, sakrálně 2cm hrdlo pro prst prostupné, hlava naléhá na vchod pánevní, nekrvácí, voda plodová neteče

Ultrazvukové vyšetření: 1 vitální plod, AS přítomna, pphl, postavení levé, placenta na přední stěně, nezasahuje do DDS, VP polyhydramnion

CTG: fyziologický, OP plodu 136'

DOPORUČENÍ

Příjem na oddělení rizikového těhotenství, zaveden foley intracervikálně, ve 20 hodin zavést Prostin 3mg, při progresi porodního nálezu překlád na porodní sál.

PRŮBĚH PORODU

Na oddělení rizikového těhotenství dle plánu ve 20:00 zaveden Prostin 3mg. Postupně začíná děložní činnost a 22. 6. 2019 v 2:40 spontánně odtéká čirá VP. Při vaginálním vyšetření byla branka rozevřená na 3 cm a pacientka přeložena na PS, kde podána příprava k porodu. V 6:35 odtéká masivně zkalená VP. Pacientka kontrahuje pravidelně po 3 minutách. Při vaginálním vyšetření branka rozevřená na 6 cm. Zaveden periferní žilní katetr a jsou podána spasmolytika Buscopan 1 amp. ve 100 ml FR. Natočen suspektní CTG. V 8:00 podána infúze s Oxytocinem pro sekundárně slabou děložní činnost, postupná progrese nálezu k zašlé brance. Délka první doby porodní 8:20. V 11:00 branka zašlá, infúze s Oxytocinem kape, kontrakce po 3-4 minutách, VP zkalená, nekrvácí, OP 140'. Rodička začíná přitlačet dle vlastních pocitů. Ve 13:20 hlavička plodu dorotovaná, vstoupí velkým oddílem. Rodička vyčerpaná, netlačící. Po příchodu vedoucího lékaře indikováno ukončení porodu per VEX, po předchozím vycévkování a nástřihu hráze v lokální anestezii za podpory infuze s Oxytocinem.

Podmínky operace: pánev prostorná, branka zašlá, odtéká čirá VP, vitální plod v PPHL, hlava svým největším obvodem v šíři, vstoupí velkým oddílem, malá fontanela u č. 1.

Ve 13:27 porozeno děvče s dobrou poporodní adaptací o hmotnosti 3930 g a 53 cm, Apgar score 10/10/10. Délka druhé doby porodní 2:27. Placenta porozena po podání MEM i.v. Bodeloque-Schultze v 13:50 hod., lůžko celistvé, pupečník fyziologický. Délka třetí doby porodní 23 minut. Bezprostřední poporodní krevní ztráta byla 350 ml.

OŠETŘENÍ LÉKAŘEM

Při kontrole porodního poranění lékařem zjištěna epiziotomie mediolaterální l. sin s rupturou perinei gr. III A, která byla následně ošetřena v lokální anestezii po vrstvách lege artis. ATB lékařem neordinována.

ORDINACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE V ŠESTINEDĚLÍ

1. **Medikace:** Lactulosa 1 lžice ráno na lačno 10-14 dní
Algifen gtt. p.o. 20-20-20 při bolesti
Diclorem 50 mg. p.o.
2. **Další ordinace:** Kontrola sutury, krvácení, retrakce dělohy, led na hráz.
Dieta: kašovitá

3. **Rehabilitační cvičení**
4. **Nález při propuštění:** Při propuštění sutura klidná, hojí se per primam. Děloha retrahovaná, očistky serosanquinolentní, prsy volné.
5. **Doporučení:** Pacientka propuštěna 5. den po porodu do domácí péče. Při propuštění byla lékařem poučena o hygieně a kontrole u obvodního gynekologa po šestinedělí. Objednána do urogynekologické ambulance 3 měsíce po porodu k UZ vyšetření análního svěrače.

POZDNÍ KOMPLIKACE

7. 7. 2019 Pacientka přichází pro pocit dehiscence sutury po epiziotomii s rupturou hráze III A po porodu per VEX.

Subjektivně: Udává pocit rozpadu sutury na hrázi a hlenovitou sekreci. Jiné obtíže neguje, močení je bez obtíží, stolice je pravidelná, prsa jsou klidná, kojí, očistky odchází.

Objektivně: TK 129/75, P 105/min, TT 36,6.

Orientační fyzikální vyšetření:

Pacientka plně při vědomí, kompenzovaná, orientovaná časem i místem, bez pohybového omezení, normostenická, bez kožních patologických změn, zornice izokorické, jazyk nepovleklý, břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, dolní končetiny bez otoků.

Zhodnocení:

Normální orientační fyzikální nález, schopna výkonu v celkové narkóze.

Zevní vyšetření:

Hráz s dehiscencí epiziotomie - dehiscence cca 5 cm dlouhá, cca 2-3 cm do hloubky, v oblasti poševního vchodu komunikující můstek, pod kterým také dehiscence, okraje rány zduřelé, bez povlaku a hnisavé sekrece.

Vaginální vyšetření:

Pochva klidná, sutura v pochvě je pevná, bez dehiscence, očistky sanguinolentní.

Doporučení:

Resutura epiziotomie v celkové anestezii, provedeny odběry KO, koagulace, výkon v ambulantním režimu po vylučnění.

POPIS OPERACE

Po dezinfekci a zarouškování operačního pole provedeno vaginální vyšetření - pochva klidná, sutura v pochvě je klidná, bez dehiscence, v oblasti hráze dehiscence cca 5 cm dlouhá do úrovně podkoží, hlubší vrstvy zhojené, drží. Rána bez povlaku či hnisavé sekrece. V oblasti poševního vchodu komunikující můstek. Můstek protnut, spodina oživena chirurgickou lžičkou, okraje egalizovány. Následně provedena sutura podkoží a kůže jednotlivými stehy Novosyn. Výkon proveden bez komplikací.

ORDINACE ANESTEZIOLOGA PO VÝKONU

1. Sledovat vitální funkce:

- Kontinuálně monitorace: pulsní Oxymetrie po dobu 60 min
- Funkce: vědomí, TK, P a SpO2 4x á 10 minut, dále á 1 hodina do stabilizace

2. Mobilizace:

- Vstávat z lůžka s dopomocí za 2 hodiny

3. Tekutiny:

Pít vodu/čaj za 2 hodiny, nejprve pomalu po lžičkách

4. Analgezie:

- Diclorem 100 mg suppp. p.r. (max. 150 mg/24hodin)
- Perfalgan 1 g i.v.

5. Při nevolnosti a zvracení:

- Ondasetron 8 mg - ½ amp. pomalu i.v.

6. Dimise:

- Možná za 5 hodin po probuzení, po kontrole ošetřujícím lékařem

Zhodnocení stavu:

Pacientka je při vědomí, má obnoveny obranné reflexy a volné dýchací cesty, spolupracuje. Funkce dýchacího a kardiovaskulárního systému jsou v pásmu fyziologických hodnot. Nejsou

přítomny známky komplikace v operační ráně nebo s místem výkonu souvisejících orgánů a tkání. Pacientka propuštěna ošetřujícím lékařem do domácí péče v 18 hodin. Poučena o hygieně operační rány.

KONTROLA V UROGYNEKOLOGICKÉ AMBULANCI

Dle objednání provedeno plánované vyšetření urogynékologem se zaměřením na UZ sfinkteru a levátoru před neurostimulací, po rehabilitaci a tlakové masáži a následně zhodnocení stavu po léčbě v 1 roce po porodu.

KONTROLA PO 3 MĚSÍCÍCH PO PORODU

Pacientka přichází dne 27. 9. 2019, kdy absolvovala rehabilitační cvičení svalů pánevního dna.

Subjektivně:

- **Pohlavní styk:** udává bolesti při styku
- **Močení:** bez obtíží, urgenci neguje
- **Stolice:** bez obtíží, pouze občasný únik plynů
- **Kojení:** kojí plně
- **Menstruace:** menzes nemá

Vaginální vyšetření:

Přední i zadní poševní stěna v normě, hrdlo nesestupuje

Vyšší tonus levátoru

Ultrazvukové vyšetření:

UZ levátoru: bez viditelné avulze

UZ sphinkteru: vnitřní i zevní svěrač bez defektu, slizniční řasa centrálně

Doporučení:

- Rehabilitační cvičení pánevního dna se zaměřením na relaxaci (příloha D)
- Biocon 2000 w neurostimulace
- Kontrola za 1 rok po porodu v urogynékologické ambulanci

KONTROLA PO 1 ROCE PO PORODU

Pacientka přichází dne 3. 7. 2020, kdy absolvovala neurostimulaci Biocon 2000w.

Subjektivně:

- **Pohlavní styk:** občas bolestivý
- **Močení:** bez obtíží, urgenci neguje
- **Stolice:** bez obtíží, občasný únik plynů
- **Kojení:** kojí plně
- **Menstruace:** menzes nemá

Vaginální vyšetření:

Přední i zadní stěna v normě, hrdlo nesestupuje

Vyšší tonus levátoru

Ultrazvukové vyšetření:

UZ levátoru: bez viditelné avulze

UZ sphinkteru: vnitřní i zevní svěrač bez defektu, slizniční řasa centrálně

Doporučení:

Pokračovat nadále v rehabilitačním cvičení se zaměřením na relaxaci pánevního dna.

5.3 ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015-2017. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9009-6.

Období během porodu - seřazení dle priorit

00256 - Porodní bolest

00148 - Strach

00044 - Narušená integrita tkáně

00093 - Únava

Období po porodu - seřazení dle priorit

00206 - Riziko krvácení

00004 - Riziko infekce

00214 - Zhoršený komfort

00059 - Sexuální dysfunkce

Tabulka 6 Kazuistika II - posouzení dle 13 domén

DOMÉNA	Během porodu	Po porodu
1-PODPORA ZDRAVÍ	X	X
2-VÝŽIVA	X	X
3-VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	X	X
4-AKTIVITA/ODPOČINEK	00093 - Únava	00093 - Únava
5-PERCEPCE/KOGNICE	X	X
6-SEBEPERCEPCE	X	X
7-VZTAHY MEZI ROLEMI	X	X
8-SEXUALITA	X	00059- Sexuální dysfunkce
9-ZVLÁDÁNÍ/ TOLERANCE ZÁTĚŽE	00148- Strach	00148- Strach
10-ŽIVOTNÍ PRINCIPY	X	X
11- BEZPEČNOST/OCHRANA	00004- Riziko infekce 00206- Riziko krvácení 00044- Narušená integrita tkáně	00004- Riziko infekce 00206- Riziko krvácení 00044- Narušená integrita tkáně
12-KOMFORT	00256- Porodní bolest	00214- Zhoršený komfort
13-RŮST/VÝVOJ	X	X

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY BĚHEM PORODU:

Porodní bolest (00252)

Doména 12 Komfort

Třída 1 Tělesný komfort

Definice: Smyslový a emocionální zážitek od příjemného po nepříjemný spojovaný s děložními stahy a porodem.

Určující znaky:

- změna svalového napětí
- změna dechové frekvence
- rozptýlená pozornost
- expresivní chování
- zúžené zaměření
- bolest
- perineální tlak

Související faktor:

- dilatace děložního hrdla
- vypuzení plodu

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka chápe příčiny bolestí - do 1 hodiny.

Pacientka má dostatečné informace o úlevových polohách a umí je sama zaujmout.

Pacientka zvládá techniku dýchání při kontrakcích a aktivně pracuje se zvládnutím bolesti.

Ošetřovatelské intervence:

1. Proved' důkladné posouzení bolesti, charakter a místo - porodní asistentka - ihned.
2. Zjistí intenzitu bolesti.
3. Akceptuj rodičku a přítomnost její bolesti - porodní asistentka - po celou dobu.
4. Přistupuj k rodičce empaticky a udržuj s pacientkou úzký kontakt, je důležité, aby věděla, že jste vždy na blízku - porodní asistentka - po celou dobu.
5. Nauč pacientku zaujímat správné úlevové polohy - porodní asistentka - po celou dobu.

6. Vysvětlí správnou techniku dýchání, následně si ověř, že rodička všemu rozuměla a techniku zvládá - porodní asistentka - po celou dobu.
7. Zaznamenej veškeré jistěné informace do dokumentace - porodní asistentka - po celou dobu.

Realizace:

Během porodu byla postupně zjišťována intenzita bolesti a její lokalizace. Po celou dobu byl s pacientkou udržován úzký vztah z důvodu získání důvěry. Rodičce byly vysvětleny možnosti úlevových poloh a vysvětlena správná technika dýchání. Během doby mimo kontrakce byla informována o důležitosti relaxace. Veškeré získané informace byly zaznamenány do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn.

Pacientka během kontrakcí správně dýchá a při kontrakcích využívá úlevových poloh. V období bez kontrakcí odpočívá.

Strach (00148)

Doména 9 Zvládnání/ tolerance zátěže

Třída 2 Reakce na zvládnání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě vnímáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- znepokojení
- pociťuje strach
- pociťuje obavy
- zvýšené napětí

Související faktory:

- přirozená reakce na stimuly - strach o dítě
- nemocniční procedury

Krátkodobý cíl: Pacientka pociťuje zklidnění a menší intenzitu strachu do 5 hodin.

Dlouhodobý cíl: Pacientka má minimální pocit strachu do konce hospitalizace.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka zná podrobně svůj zdravotní stav a je schopna o něm bez problému hovořit do 1 hodiny

Pacientka se nebojí o sebe ani o své narozené dítě, zná další postupy léčby do 2 hodin.

Pacientka přijímá všechny formy podpory a pomoci ihned.

Pacientka spolupracuje při léčbě a zvládá vyjádřit pocity strachu a obavy.

Pacientka porozuměla všem informacím týkající se jejího zdravotního stavu po celou dobu.

Ošetrovatelská intervence:

1. Zjistí od pacientky její obavy a příčiny strachu - porodní asistentka - hned.
2. Umožni pacientce vyjádřit své emoce, buď jí oporou a naslouchej jí - porodní asistentka - hned.
3. Respektuj obavy pacientky a jednej s ní s úctou - porodní asistentka - vždy.
4. Nauč pacientku relaxace a uvolnění od strachu - porodní asistentka - vždy.
5. Kontroluj pacientku a buď jí na blízku - porodní asistentka - vždy.

Realizace:

Pacientce byl lékařem vysvětlen postu léčby, s postupem souhlasí a chápe důvody ukončení porodu per VEX.

Pacientka svěřila své obavy a byla ujištěna, že je pod kontrolou lékařů a porodních asistentek.

Pravidelně je monitorován zdrav stav pacientky a vše je pravidelně zaznamenáváno do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobý a dlouhodobý cíl byl splněn, pacientka je klidná a spolupracuje se zdravotním personálem. Klade otázky a porozuměla informacím o svém zdravotním stavu.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11 Bezpečnost/ochrana

Třída 2 Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, kůže, svalů

Určující znaky:

- poškozená tkáň
- zničená tkáň

Související faktory:

- mechanické faktory (střížné síly, trauma)
- chirurgický zákrok

- vlhkost

Cíl krátkodobý: Pacientce se hojí rána per primam v průběhu hospitalizace.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zhojenou suturu během 3 týdnů.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka poučena o hygieně sutury ruptury - porodní asistentka - do 2 hodin.

Pacientka chápe péči o suturu do 2 hodin.

Pacientka má suturu bez známek infekce po dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacientku o hygieně v oblasti sutury v místě ruptury - porodní asistentka - do 2 hodin.
2. Edukuj pacientka o častém sprchování v oblasti sutury - porodní asistentka - do 2 hodin.
3. Edukuj pacientku o častém větrání v oblasti sutury - porodní asistentka - do 2 hodin.
4. Edukuj pacientku o časté výměně porodnických vložek a spodního prádla - porodní asistentka - do 2 hodin.
5. Sleduj pacientku, jak dbá intervencí - porodní asistentka - průběžně.
6. Dávej pacientce dostatek vložek a prádla - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace.
7. Kontroluj stav hojení sutury - porodní asistentka - průběžně.
8. Dbej na dostatečnou hydrataci a výživu - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace
9. Měř fyziologické funkce dle ordinace lékaře - porodní asistentka - průběžně.
10. Zaznamenávej veškeré informace do dokumentace - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace.

Realizace:

0. poporodní den byla pacientka porodní asistentkou poučena o péči o suturu. Sutura mírně oteklá, porodní asistentka z toho důvodu podala led. Po ledování hráze otok částečně ustal.

1. poporodní den pacientka pečuje o suturu sama, žádá led na hráz. Sutura je klidná a bez známek infekce.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka rozumí informacím v péči o suturu od porodní asistentky, ví, jak o šití pečovat. Edém ustal druhý den po porodu. Rána se po dobu hospitalizace hojí per primam bez známek infekce.

Krátkodobý cíl splněn.

Dlouhodobý cíl pokračuje v intervencích po dobu šestinedělí v domácí péči.

Únava (00093)

Doména 4 Aktivita/ odpočinek

Třída 3 Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Určující znaky:

- uvádí pocit únavy
- nedostatek energie
- apatie

Související faktory:

- onemocnění
- porod
- fyzický stav

Cíl krátkodobý: Pacientce je zajištěn dostatečný odpočinek - porodní asistentka - do 1 dne.

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez únavy - porodní asistentka - do dne propuštění.

Priorita: nízká

Očekávané výsledky:

Pacientka nepocítuje únavu do 24 hodin.

Pacientka má dostatek energie do 2 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí příčinu únavy pacientky - porodní asistentka - ihned.
2. Změř fyziologické funkce - porodní asistentka - ihned.
3. Zajistí pacientce dostatek času na odpočinek - porodní asistentka - po celou dobu únavy.
4. Dopomáhej pacientce v péči o novorozence - porodní asistentka - po celou dobu únavy.
5. Edukuj pacientku o signalizačním zařízení - porodní asistentka - ihned.
6. Dopomáhej pacientce provést důkladně hygienu - porodní asistentka - po celou dobu únavy.
7. Sleduj stav pacientky - porodní asistentka - po dobu únavy.
8. Vše řádně zaznamenej do dokumentace - porodní asistentka - průběžně.

Realizace:

Pacientka pociťuje únavu, z důvodu vyčerpání z porodu. Porodní asistentka zajistila pacientce dostatek prostoru k odpočinku. Poučila pacientku o signalizačním zařízení a dopomohla při hygieně a péči o novorozence. Podala tekutiny a vhodnou stravu.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Krátkodobý i dlouhodobý cíl splněn. Pacientka se do druhého dne vyspala a nepociťovala únavu během hospitalizace.

RIZIKOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:**Riziko krvácení (00206)**

Doména 11 Bezpečnost/ ochrana

Třída 2 Tělesné poškození

Definice: Náchylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví.

Určující znaky:

- poporodní komplikace
- trauma
- léčba

Související faktory:

- onemocnění
- porod
- trauma

Cíl krátkodobý: Pacientka nejeví známky silného krvácení po porodu

Cíl dlouhodobý: Pacientka nekrvácí do propuštění

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

Pacientka rozumí příčině krvácení.

Pacientka nemá známky vnitřního krvácení do 24 hodin.

Porodní poranění nekrvácí do 24 hodin.

Pacientka má laboratorní hodnoty koagulace a KO fyziologické po dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Urči rizikové faktory, vztahující se k situaci - porodní asistentka - ihned.
2. Informuj lékaře v případě silného krvácení - porodní asistentka - vždy.
3. Sleduj krvácení z místa poranění - porodní asistentka - vždy.
4. Sleduj příznaky skrytého krvácení v místě sutury - porodní asistentka - vždy.
5. Edukuj pacientku o možných projevech krvácení - porodní asistentka - ihned.
6. Kontroluj fyziologické funkce dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace - porodní asistentka.
7. Kontroluj laboratorní hodnoty koagulace a KO - porodní asistentka - dle ordinace lékaře.
8. Zaznamenej každou kontrolu krvácení do dokumentace - porodní asistentka - vždy.

Realizace:

0. porodní den: celková krevní ztráta 350ml. Porodní asistentka pacientku edukovala o možnosti skrytého krvácení a vysvětlila jí příznaky tohoto krvácení, průběžně kontrolovala příznaky krvácení. Porodní asistentka kontrolovala výšku děložního fundu. Odebrala koagulace a KO dle ordinace lékaře a změřila fyziologické funkce.

1. porodní den: sutura se hojí per primam, nedochází ke skrytému krvácení a paravaginálnímu hematomu. Děloha je retrahovaná 2 prsty pod pupkem, očistky odchází přiměřeně. Fyziologické funkce a hodnoty koagulace a KO jsou v normě.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka bez známek silného krvácení, sutura se hojí per primam bez známek infekce, děloha je retrahovaná a očistky fyziologické.

Krátkodobý cíl byl splněn.

Dlouhodobý cíl má pokračující intervence.

Riziko infekce (00004)

Doména 11 Bezpečnost/ochrana

Třída 1 Infekce

Definice: Náchyllost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory:

- nedostatečné znalosti

- invazivní postupy
- změna integrity kůže (poporodní poranění)
- vystavení se nákaze (patogenní mikroorganismy)

Cíl krátkodobý: Pacientka zná prevence vzniku infekce do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá známky infekce po dobu hospitalizace porodního poranění a PŽK.

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

Pacientka zná projevy infekce v oblasti sutury a PŽK.

Pacientka zná prevenci vzniku infekce do 2 hodin.

Pacientka má fyziologickou teplotu po dobu hospitalizace.

Pacientka nejeví známky infekce v místě sutury a v místě PŽK.

Ošetrovatelské intervence:

1. Pečuj o zavedenou i. v. kanylu, zajisti čistotu okolí vpichu - porodní asistentka - vždy.
2. Edukuj pacientku o příznacích vzniku infekce v místě PŽK - porodní asistentka - vždy.
3. Sleduj možné známky infekce vpichu - porodní asistentka - vždy.
4. Ověř si průchodnost PŽK aplikováním fyziologického roztoku před podáním i. v. léku - porodní asistentka - vždy.
5. Edukuj pacientku o hygieně v oblasti zevního genitálu - porodní asistentka - do 2 hodin.
6. Zajisti hygienu v oblasti zevního genitálu - porodní asistentka - vždy.
7. Zajisti pacientce dostatek hygienických vložek a vhodného spodního prádla - porodní asistentka - vždy.
8. Zajisti pacientce dostatek ložního prádla - porodní asistentka - vždy.
9. Zajisti celkovou hydrataci - porodní asistentka - průběžně.
10. Kontroluj stav sutury a sleduj možné známky infekce - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace.
11. Sleduj charakter očístků - porodní asistentka - vždy.
12. Sleduj fyziologické funkce - porodní asistentka - průběžně.
13. Postupuj asepticky při každém výkonu - porodní asistentka - vždy.
14. Převaz invazivních vstupů prováděj dle standardů oddělení nebo dle ordinace lékaře.

15. Veškeré informace o zdravotním stavu zaznamenávej do dokumentace - porodní asistentka
- po celou dobu hospitalizace.

Realizace:

0. poporodní den: v prvních dvou hodinách po porodu byly pacientce vysvětleny zásady péče o suturu porodního poranění, byla edukována o hygieně zevního genitálu tak, aby se minimalizovalo riziko vzniku infekce (ránu často sprchovat, větrat a dbát na výměnu porodnických vložek, oplachy genitálu). Pacientka byla po 2 hodinách opláchnuta v lůžku na podložní míse, byly jí vyměněny porodnické vložky a rána byla na vzduchu osušena.

1. porodní den: změřeny fyziologické funkce, TT 36,4 °C. Po sprše provedena kontrola sutury, kdy rána mírně oteklá, podán led na hráz. Sutura bez známek infekce. Pacientce byla zajištěna pravidelná výměna ložního a osobního prádla. PŽK porodní asistentka pravidelně kontroluje a je bez známek infekce.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka byla bez projevů infekce, fyziologické funkce byly v normě. O hygienu zevního genitálu pečovala sama.

Krátkodobý cíl splněn.

Dlouhodobý cíl pokračující intervence.

Zhoršený komfort (00214)

Doména 12 Komfort

Třída 2 Komfort prostředí

Definice: Vnímaný nedostatek uvolnění, úlevy a transcendentnosti ve fyzických, psychospirituálních, kulturních a sociálních dimenzích.

Určující znaky:

- pocit diskomfortu
- nespokojenost se situací
- narušený vzorec spánku

Související faktory:

- nedostatečné zdroje
- nedostatek soukromí
- škodlivé stimuly z prostředí

Cíl krátkodobý: Pacientce bude v porodnici příjemněji.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá pocit diskomfortu po celou dobu pobytu v porodnici.

Priorita: vysoká

Očekávané výsledky:

Pacientka naváže důvěrný vztah s ošetřujícím personálem do 1 dne.

Pacientka nemá pocit nedostatečného soukromí do 1 dne.

Ošetřovatelské intervence:

1. Snaž se získat pacientky důvěru - porodní asistentka - vždy.
2. Snaž se pacientce zajistit příjemné intimní prostředí - porodní asistentka - po celou dobu.
3. Podávej pacientce dostatek informací - porodní asistentka - po celou dobu hospitalizace.

Realizace:

Pacientce byly vysvětleny důvody provedení operativního porodu VEX a komplikace vzniklé s porodem a hojením epiziotomie. Pacientka byla edukována v péči o suturu, dítě a hygieně. Byly jí vysvětleny cviky k posílení svalů pánevního dna.

Hodnocení:

Pacientka získala pocit důvěry ve zdravotnický personál.

Sexuální dysfunkce (00059)

Doména 8 Sexualita

Třída 2 Sexuální funkce

Definice: Stav, při kterém jedinec zažívá změnu v sexuálním fungování během sexuálních reakčních fází touhy, vzrušení anebo orgasmu, který je vnímám jako neuspokojující, neobohacující nebo neadekvátní.

Určující znaky:

- vnímané sexuální omezení
- změna v sexuální aktivitě
- změna v sexuálním vzrušení
- změna sexuální role
- snížení sexuální touhy
- nežádoucí změna v sexuálním fungování
- bolestivý pohlavní styk

Související faktory:

- změněná struktura těla (porodní trauma)
- změněná funkce těla (trauma, operace)
- zranitelnost

Cíl krátkodobý: Pacientka chápe důvody spojené s dyspareunií po dobu hospitalizace.

Cíl dlouhodobý: Dojde ke zlepšení pohlavního styku do půl roku.

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka je obeznámena s danou sexuální poruchou i s těžkostmi a změnami sexuálních projevů, které z ní vyplývají.

Pacientka je schopna, si uvědomit vlastní možnosti ve změněných podmínkách a má realistický odhad vlastních možností.

U pacientky se zlepší partnerská komunikace.

Pacientka je seznámena s vhodnými pomůckami při pohlavním styku (lubrikační gel).

Ošetrovatelské intervence:

1. Zjistí sexuální anamnézu i názory na to, co považuje pacientka v sexuální sféře za normální
 - porodní asistentka - po celou dobu.
2. Zjistí druh problémů a obav v sexuální sféře (formou rozhovoru nebo dotazníku) - porodní asistentka - vždy.
3. Ponechej pacientku, aby se o všem vyjádřila vlastními slovy, a pečlivě ji vyslechni - porodní asistentka - vždy.
4. Ověř si kulturní a náboženské hodnoty, které by mohly ovlivňovat sexualitu.
5. Vytvoř klidnou a otevřenou atmosféru pro rozhovor.
6. Nabídní možnost individuální konzultace v sexuologické poradně.

Realizace:

Pacientka při kontrole v urogynekologické ambulanci vyplnila dotazník zaměřený na sexuální obtíže spojené s komplikacemi ruptury konečnicku. Na základě dotazníkového zhodnocení obtíží provedl rozhovor s pacientkou lékař, který pečlivě pacientku vyslechl. Pacientka uvedla bolestivý pohlavní styk. Porodní asistentka pacientce doporučila využít lubrikační gel.

Hodnocení:

Bolesti při pohlavním styku postupně ustupují. V prvních třech měsících uvedla dyspareunii, která se po šesti měsících zmírnila. Při rozhovoru s lékařem nepociťovala větší obavy o svůj sexuální život.

Krátkodobý i dlouhodobý cíl splněn.

6 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, INTERVENCE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI U ŽEN S RUPTUROU III. STUPNĚ

Ošetrovatelská péče u pacientky s rozsáhlým porodním poraněním je zaměřena na komplikace způsobené touto diagnózou. Porodní asistentka by měla především ženu edukovat, jak může těmto komplikacím předejít, anebo se svojí péčí podílet na rychlejší rekonvalescenci. Porodní asistentka by měla být pacientce, pokud možno nejbližší osobou při získávání informací, které povedou k uspokojení potřeb pacientky a ke stanovení ošetrovatelských diagnóz.

Porodní asistentka by se měla zaměřit na posouzení, diagnostiku a řešení ošetrovatelských problémů, které mohou pacientku postihnout. Během této bakalářské práce jsme se zaměřili na stanovení ošetrovatelských diagnóz a určení jejich priorit. Každou diagnózu jsme rozpracovali, určili její cíl, očekávané výsledky, intervence, realizaci a hodnocení. Nejvíce diagnóz bylo určeno během porodu. Mezi nejčastější ošetrovatelské problémy patří:

Strach

Strach může u těhotné souviset s porodem, neboť se žena ocitá v nové situaci. Během operativního porodu tyto obavy narůstají. Rodička má strach o dítě, které může být během porodu v ohrožení. Pacientka je ve většině případů laikem a její strach může být způsoben nedostatečnými odbornými znalostmi. Po porodu má nedělnka strach a obavy, jak správně pečovat o šití, může mít obavy se na šití podívat a dotknout se hráze při hygieně. Žena může mít také obavy z prvního pohlavního styku po šestinedělí, kdy je hráz po traumatu ještě citlivá a oslabená vlivem hormonů při kojení. Ve všech situacích by měla být porodní asistentka oporou, na kterou se žena může obrátit, poskytne jí v rámci svých kompetencí potřebné informace ke snížení míry strachu. Porodní asistentka by měla mít citlivý, lidský a trpělivý přístup, měla by umět ženu pochopit a povzbudit.

Bolest

Při poraněních konečníku mohou být bolesti hráze ženou vnímány intenzivně. Hráz bývá oteklá a citlivá. Proto jsou lékařem ordinována analgetika. Porodní asistentka by si měla pozorně

všímat neverbálních i verbálních projevů pacientky, pečlivě je hodnotit a nabídnout ženě adekvátní pomoc ve formě analgetik, úlevových poloh a dalších způsobů ke zmírnění bolesti.

Riziko zácpy

Poranění při porodu mohou u žen způsobit nepříjemné pocity související s obavami zatlačit při defekaci. Při poraněních konečníku jsou tyto obavy na místě. Porodní asistentka doporučí pacientce v prvních dnech po porodu užívat laxativ a speciální dietu, která je z počátku kašovitá a postupně bezezbytková. Cílem je, aby stolice nebyla tuhá a nedošlo tak k poranění konečníku způsobenému tuhou formovanou stolicí a velkým tlakem.

Riziko infekce

Při ruptuře konečníku je v místě šití zvýšené riziko vzniku infekce. Správné hojení při rozsáhlém porodním poranění závisí především na tom, jak bude žena o šití pečovat. Porodní asistentka by měla ženu poučit o hygieně a správných postupech v péči o poranění. Informuje ženu o důležitosti výměny porodnických vložek, doporučí pomůcky k hygieně, vlhčený toaletní papír, bavlněné spodní prádlo nebo síťované kalhotky a porodnické vložky. Ke správnému hojení může ženě doporučit obklady, koupele a po zhojení masáž hráze. Velmi důležitá je také péče o intravenózní katetr, který porodní asistentka pravidelně kontroluje. Zaměřuje se nejen na známky zánětu, ale také na jeho průchodnost.

Riziko krvácení

Porodní asistentka se během péče o ženu po porodu zaměřuje na krvácení. Kontroluje retrakci dělohy a charakter očístků. Při rozsáhlých porodních poraněních je zvýšené riziko skrytých poranění. Úkolem porodní asistentky je myslet na paravaginální krvácení s tvorbou hematomů. Proto je velmi důležité, aby porodní asistentka uměla vyhodnotit pocity pacientky a uměla odlišit normální nepříjemné pocity od počínajících komplikací spojených se vznikem paravaginálních hematomů. Včasný záchyt těchto komplikací může být přínosem k rychlému ošetření a minimalizaci krevních ztrát.

Inkontinence stolice a plynů

Při poraněních konečníku bývá nejčastější komplikací inkontinence stolice a nechtěný únik plynů. Tyto obtíže mají velký vliv na psychiku ženy.

V prvopočátku mohou mít ženy obavy zatlačit na toaletě, pokud je oblast konečníku šitá. Porodní asistentka by měla ženě doporučit vhodné potraviny a laxantiva na změkčení stolice. Také by měla upozornit na nevhodné potraviny způsobující dráždění a opruzení. Žena by měla dbát na pravidelnost stolice. Porodní asistentka by měla zdůraznit význam pitného režimu a pohybu. Doporučit cviky k posílení svalů pánevního dna a masáže hráze. Porodní asistentka by ženu měla podporovat a být jí na blízku v případě potřeby, společně s lékařem dle dostupných možností reagovat na vzniklé obtíže.

Sexuální dysfunkce

Obtíže při pohlavním styku spojené s pocity suchosti a bolestivosti jsou časté v období kojení, mnohem výraznější jsou v případě závažných porodních poranění. Tyto problémy mohou ženy tajit. Důvody, proč se ženy zdráhají svěřit se svými problémy jsou různé, může se jednat o stydlivost, která brání ženě svěřit se s intimním problémem. Někdy může mít žena pocit, že potíže jsou po porodu běžné. Obtíže spojené s bolestivostí při pohlavním styku a také stud z úniku plynů a stolice mohou mít vliv na kvalitu života, vést k sociální izolaci a ztrátě sebevědomí. Ženy mohou omezovat sexuální, fyzické a pracovní aktivity.

Porodní asistentka může být prvním kontaktem, kterému se žena svěří v případě výskytu nežádoucích komplikací. Při znesnadnění pohlavního styku z důvodu suchosti pochvy se doporučují lubrikační gely, které jsou na trhu volně dostupné.

Nápomocné by mohly být informace pro maminky s poraněním svěrače ve formě informačního letáku, který by žena obdržela v porodnici. Tyto informace by měly být popsány laicky, aby jim žena rozuměla. Leták by měl obsahovat jednotlivé kroky běžného dne týkající se hygieny, vyprazdňování, stehů, diety, cvičení a pohlavního styku (příloha C).

DISKUSE

Ruptura III. stupně je závažnou komplikací porodu. Při porodu dochází k deformaci měkkých tkání, při kterých dochází k závažným komplikacím a k narušení integrity pánevního dna. Dále je potřeba uvést, že kvůli těmto vzniklým poraněním dochází ke zhoršení kvality života, žena je indisponována v péči o dítě a v nemalé míře to ovlivňuje její psychickou zátěž.

Důležité je zaměřit se na prevenci primární, kdy se snažíme rizika vzniku poranění identifikovat, zvolit vhodný postup a minimalizovat tyto faktory na průběh porodu. Měli bychom dbát na zvyšování podílu primární péče - předporodní přípravu. Předporodní přípravu poskytují v rámci primární péče a prevence zejména porodní asistentky. Mile nás překvapily současné možnosti způsobu prevence, jak předcházet porodnímu poranění. V dnešní době si ženy samy volí, kterou z nich využijí. Velmi často ženy používají vaginální dilatační balónky např. Aniball, či EPI-NO. Obě pomůcky jsou volně dostupné na trhu a ženy je mohou využívat bez odborného dohledu či edukace. V prvenství prevence poranění zatím vyniká masáž hráze. Masáží lze zlepšit pružnost hráze a eliminovat případné natržení. Nemile nás během odborné praxe překvapilo, že edukace na téma prevence poranění hráze se provádí minimálně, ať už ze strany porodní asistentky či následně ošetřujícího lékaře. Je třeba si uvědomit, že edukace na téma možnosti prevence hráze by neměla být podceňována.

V sekundární prevenci je nejdůležitější správná diagnostika poranění zkušeným lékařem a zvolení správného operačního postupu. Selháním může být také chybná technika ošetření, chybný materiál a špatné hojení. Dodržení postupů, zásad antiseptiky, efektivní dezinfekce operačního pole a antibiotická profylaxe vedou k redukci možné kontaminace tkání a následnému hojení. V případě těchto konkrétních kazuistik jsme zjistili, že ATB byla podána pouze ženě s poraněním III C a nebyla podána u ruptury III A. Souvislost s následnou dehiscencí sutury ovšem nelze na jednotlivé kazuistice prokázat.

Terciální prevencí je centralizace těchto pacientek do specializovaných ambulancí, jejich sledování a řešení případných komplikací. Spolupráce s ostatními odborníky jako jsou fyzioterapeutové a kolorektální chirurgové.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na péči o ženy s diagnózou porodního poranění III. stupně.

Cílem práce bylo vyhledat a nastudovat publikované podklady k danému tématu a napsat přehlednou práci. V práci jsme se věnovali prevenci vzniku porodního poranění, rizikovým faktorům a způsobu vedení porodu. Důležitým článkem v prevenci vzniku komplikací je diagnostika porodního poranění a jeho následné a správné ošetření zkušeným porodníkem, které dává základ pro správné hojení. Velmi důležité je zvolení správného materiálu. Během ošetření je nutné dodržet zásady dezinfekce, antiseptiky a antibiotické krytí. Tyto kroky zajistí správné hojení a sníží riziko infekce a dehiscence.

Bylo zjištěno, že pokud poranění není správně rozpoznáno a je nedostatečně ošetřeno, vznikají komplikace, které ovlivňují ženy nejen fyzicky, ale mají velký vliv i na psychiku žen a zasahují do života celé rodiny.

Všeobecně mají ženy nedostatek informací týkajících se prevence porodního poranění. Vhodné pro edukaci jsou kurzy předporodní přípravy, kde se ženy mohou dozvědět od porodní asistentky mnoho užitečných informací, jak porodnímu poranění předcházet a jak o poranění pečovat. Úkolem porodní asistentky je ženě vysvětlit jednotlivé kroky ke správné hygieně intimních partií, která vede ke zlepšení hojení porodního poranění a rychlejšímu zotavení. Porodní asistentka ženu informuje o rehabilitaci, jednotlivých cvicích a možnostech masáží během šestinedělí. Kontroly ve specializovaných urologických ambulancích mají význam k prevenci terciální. Zde ženy získávají doporučení k rehabilitaci, neurostimulaci a tlakové masáži hráze. V případě dalšího těhotenství by měla žena získat dostatek informací a doporučení k vedení dalšího porodu.

Teoretickou část jsme rozšířili o vypracování dvou kazuistik žen po operativních porodech. V této kapitole jsme navrhli doporučení pro praxi v péči o ženy s poraněním svěrače a zpracovali

jsme přehledný leták s informacemi pro ženy s poraněním třetího stupně, který lze umístit na porodní sál a oddělení šestinedělí. Leták je k nahlédnutí v příloze C.

Cíle této práce byly splněny. Rozsah bakalářské práce byl po domluvě, s vedoucí práce překročen z důvodu záměru poukázat na komplikace vzniklé při poranění svěrače, které jsou názorně popsány ve dvou kazuistikách. Závěrem lze doplnit, že tato práce může být přínosem pro studenty porodní asistence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Z., 2011. *Význam porodnického gelu při ulehčení porodu: první zkušenosti s Dianatalem*. Praha: Ševret. ISBN 978-80-87070-55-0.

DOLEŽAL, A. a kol., 2011. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.

FABIÁNOVÁ, P., 2018. *Porodní poranění ženy při vaginálním porodu pohledem porodní asistentky*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Kulhavá, M.

GOGELOVÁ, R., © 2010 – 2021. *Homeopatický plán k porodu porodní asistentky Romany* [online]. [cit. 2020-10-10]. Dostupné z: <https://svethomeopatie.cz/cs/946-homeopaticky-plan-k-porodu-porodni-asistentky-romany>

HÁJEK, Z., E.ČECH, K.MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví*. 3. Zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-09.

HALAŠKA, M., 2004. *Urogynekologie*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-272-2.

HRADECKÁ, LENKA. 2010. *Těžké poranění rektu při spontánním porodu*. Copyring 2020, Mladá fronta a.s.

KALIŠ, V., 2008. *Porod a pánevní dno* [online]. Plzeň. [cit. 2020-10-10]. Dostupné z: file:///C:/Users/prova/Downloads/IPTX_2001_2_11140_0_184714_0_96074.pdf. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Plzni. Školitel doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.

KALIŠ, V., BEDNÁŘOVÁ, B., ŠTĚPÁN, J., Jr., ROKYTA, Z. 2010. *Sutura ruptury perinea 3. a 4. stupně*. Česká Gynekologie. 75, č.4, s. 284-291.

KALIŠ, V., et. al., 2007. *Poloha matky při porodu a poranění perinea*. Česká gynekologie 72, č. 4, s. 241-246, ISSN 1210-7832.

KALIŠ, V., CHALOUPKA, P., TUREK, J., ROKYTA, Z., 2005. *Délka hráze a porodní poranění*. Česká Gynekologie. 70, č.5, s. 355-361.

KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 788072626571.

KŘEPELKA, P., FEYEREISL, J., 2005. *Ošetření porodních poranění vulvy a pochvy*. Moderní gynekologie a porodnictví, 14, č.2, s. 291-294.

LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Ota Vlétl-1.vydání. Praha: Grada, s 988, ISBN 80-247-0668-7.

LINCOVÁ, M., NEUMANNOVÁ, M., MIKYSKOVÁ, I., ZIKÁN, M., 2019. *Porodní poranění análního sfinkteru - analýza vlastního souboru rodiček mezi lety 2015-2017*. Česká gynekologie 84, č.1.

MARYŠKOVÁ, A., 2010. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráze*. Sestra 20, č.3, s. 80-81. ISSN 1210-0404.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.

MOSKOWITZ, R., 2018. *Potíže při porodu* [online]. [cit. 2020-10-10]. Dostupné z: <https://www.homeopatie.cz/potize-pri-porodu/>

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NAŇKA, O., MELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 978-80-7262-612-0.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

OTČENÁŠEK, M, 2017. *Urogynekologie v přehledu pro fyzioterapeuty*. Časopis Umění fyzioterapie č.3

PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ, I. 2012. *Rehabilitace pánevního dna při močové inkontinenci*. Dostupné z: [http:// www.rehaspring.cz/onas/terapeute/springrova.php](http://www.rehaspring.cz/onas/terapeute/springrova.php)

PAŘÍZEK, A., 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-653-3.

ROZTOČIL, A., 2001. *Porodnictví*. 1.vydání. Brno. ISBN 80-7013-339-2.

STADELMANN, I., 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. přepracované vydání. Praha:

One Woman Press, ISBN 978-80-86356-50-1.

STANDARTNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP, 2017. *Péče o ženu po závažném porodním poranění análního sfinkteru*. SOP-POR-011, ÚPMD. Dostupné z: <http://www.-2012-pece-o-zeny-se-zavaznym-porodnim-poranenim-hraze.pdf> (gynultrazvuk.cz)

SULTAN, A., THAKER, R. 2002. *Lower genital tract and anal sphincter trauma*. Best Practice and Reserarch Clinical Obstetrics and Gynaecology, 16:99-115.

ŠTĚPÁN, J. jr., KARBANOVÁ, J., KALIŠ, V., CHALOUPKA, P., LANDSMANOVÁ, J., NOSEK, J., BUKAČOVÁ, Z., ROKYTA, Z., 2010. *Porodní poranění a anální inkontinence v dlouhodobé perspektivě*. Česká Gynekologie., 75, č.1, s. 4-8.

ŠTROMEROVÁ, Z., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0324-3.

ŠVIHRA, J. *Inkontinencia moču*. 1. Osveta Martin., s.154-162. ISBN 978-80-8063-380-6.

URBÁNKOVÁ, I., GROHREGIN, K., KRČMÁŘ, M. et. al. 2015. *Vliv prvního vaginálního porodu na vznik stresové inkontinence*. Praktická gynekologie, roč.19, Supplementum, s. 18. ISSN 1211-6645.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

ZÁHUMENSKÝ, J. 2010. *Závažné porodnické poranění a anální inkontinence*. Česká Gynekologie. 75, č.4, s. 292-296.

ZÁHUMENSKÝ, J., V. KALIŠ, 2013. *Péče o ženy se závažným porodním poraněním hráze-doporučený postup*. Supplementum. Česká gynekologie. s.61.

ZEMANOVÁ, H., 2013. *Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace s ním spojené*. Prakt. Gyn, 17 (1), s 93-95.

SEZNAM PŘÍLOH

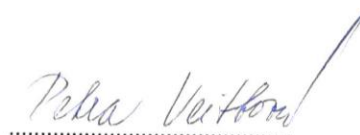
PŘÍLOHA A – ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ STUDENTA K ZÍSKÁNÍ PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	I
PŘÍLOHA B - PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	II
PŘÍLOHA C - SUTURA RUPTURY IVAS A EAS.....	III
PŘÍLOHA D - INFORMATIVNÍ LETÁK	IV
PŘÍLOHA E - CVIKY PRO POSÍLENÍ SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA.....	VI
PŘÍLOHA F - MARK'S SKÓRE DOTAZNÍK ANÁLNÍ INKONTINENCE	VII
PŘÍLOHA G - DOTAZNÍK INKONTINENCE ICIQ-SF	VIII
PŘÍLOHA H - BIOCON 2000 W.....	XIII

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Kazuistika ženy s diagnózou ruptura perinei III. stupně, v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 7.4.2021



Jméno a příjmení studenta

Příloha B - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

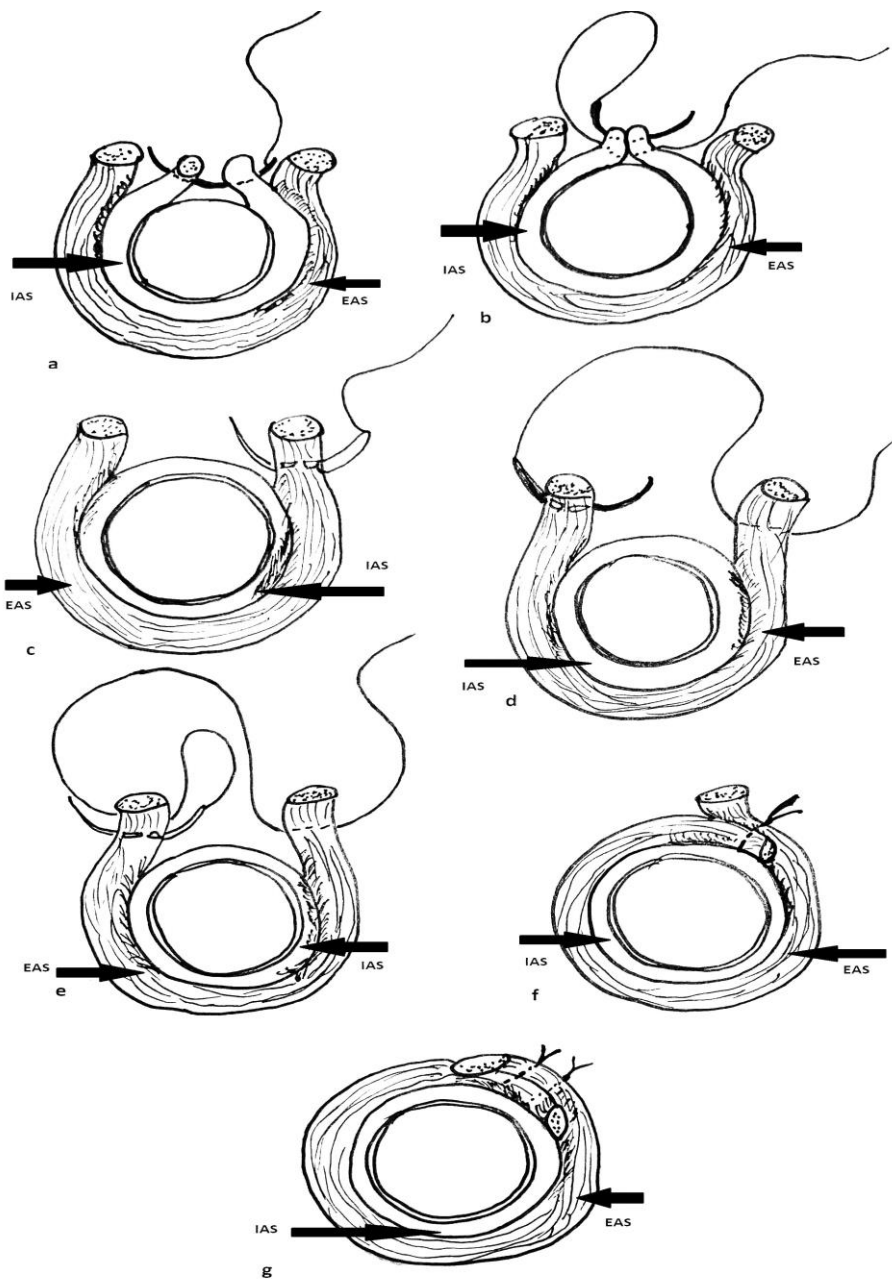
(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Petra Veithová, DiS	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3
Téma práce	Péče o ženu s porodím poraněním III. stupně	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Ústav pro péči o matku a dítě v Podolí	
Jméno vedoucího práce	Dr. Magdalena Kučerová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis MUDr. Magdalena KUČEROVÁ	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ	

V...Dolních Jirčanech..... dne 13. 2021

Veithová
podpis studenta

Příloha C - Sutura ruptury IvAS a EAS



Zdroj: KALIŠ, 2008, s. 85-87

Příloha D - Informativní leták

Informativní leták pro ženy s poraněním hráze a svěrače konečníku

Milé maminky, máte rupturu III. stupně, tzn. že během porodu z různého důvodu došlo k poranění svěrače konečníku.

Nyní záleží na Vás, jak budete v péči o sebe sama důkladná, podpořte tím zdravé hojení a urychlíte regeneraci těla.

K Vaší rychlejší regeneraci a zdravému hojení pomohou tyto kroky:

5S = SPRCHA STEHY STRAVA STOLICE SEX

SPRCHA V prvních dnech ránu často sprchujte, používejte čistou vodu, vlažnou, příjemnou pro tělo. Sprchujte se po každém kojení a močení. Při kojení odchází více očístků a ty jsou rizikem pro vznik infekce. Močit můžete ideálně ve sprše, kde si šití hned opláchněte. Z počátku nemusíte používat žádná mýdla ani sprchové gely, které naopak ránu vysušují. Intimní gely s přísadami dubové kůry, levandulového oleje nebo heřmánku začněte používat až po vypadnutí stehů. Opatrně šití vysušte poklepáním ručníkem na intimní partie, ránu neroztírejte, nedřete. Po lehkém osušení nechte šití větrat na papírové podložce.

Je možné použít odvar z dubové kůry, heřmánku, dezinfekčního roztoku Betadine nebo užívat homeopatika. Jednotlivé recepty najdete níže.

Z počátku může být šití oteklé, citlivé a bolestivé. Používejte led zabalený v papírové utěrce nebo bavlněné pleně, led působí proti otoku a zmírňuje bolest. Led používejte tak často, jak je Vám to příjemné.

Dbajte na častou výměnu porodnických vložek, které jsou rizikem pro vznik infekce. Myslete na hygienu rukou.

Používejte porodnické síťované kalhotky, které jsou prodyšné, můžete je vyprat a používat opakovaně. V případě spodního prádla volte raději kalhotky bavlněné.

Sezení může být bolestivé, můžete se posazovat na dětský nafukovací plovací kruh nebo měkký polštářek. Snažte se hodně odpočívat, polehávat na boku, na zádech a na břiše. Vstávejte opatrně přes bok a vyhýbejte se dlouhodobému sezení a stání.

STEHY Poranění je šité samo-vstřebatelnými stehy, které Vám lékař vytahovat nebude a vypadnou samy kolem 7-10 dne. Můžete je vidět na toaletním papíru nebo na vložce jako tenké bílé nitky. Je možné se v této době na hráz podívat kosmetickým zrcátkem. Po vypadnutí stehů můžete pomalu a pozvolna začít s masáží jizvy. K tomu lze použít speciální olej určený k masáži hráze: levandulový, heřmánkový, šípkový např. od Weledy. Masáž se provádí pomalu a postupně, jizva je stále jemnější a zlepšuje se její hojení.

STRAVA Z počátku budete mít lékařem naordinovanou tekutou/kašovitou stravu, aby nebyla stolice tuhá. Ze stejného důvodu užíváte roztok Laktulózy. Jezte dostatek mléčných výrobků, kompotů, vlákniny. Volte stravu, která nezpůsobuje zácpu. Pijte dostatek tekutin.

STOLICE Dbejte na pravidelné vyprazdňování stolice. Vyvarujte se zácpy, která je riziková pro usilovné a silné tlačení. Po vyprázdnění šití opláchněte ve sprše. Nepoužívejte dětské vlhčené ubrousky. Pokud potřebujete, je možné v lékárně zakoupit speciální ubrousky určené k těmto účelům. Ty použijte jen minimálně, nenahradí sprchu.

SEX Pohlavní styk se v šestinedělí nedoporučuje. Poranění musí mít dostatek času na zhojení. Z počátku můžete při pohlavním styku použít lubrikační gel. Ideální je s pohlavním stykem vyčkat až po kontrole po šestinedělí u Vašeho gynekologa. Na tu se sama objednáte po propuštění z porodnice.

Před propuštěním z porodnice domů ještě dostanete termín objednání do specializované urogynekologické ordinace u nás v porodnici. Toto vyšetření je zaměřené na kontrolu stavu hojení poranění. Lékař Vám doporučí cviky fyzioterapie k posílení svalů pánevního dna.

RECEPTY

Odvar z dubové kůry - 2 polévkové lžíce dubové kůry (koupíte v lékárně) zalijte 250 ml studené vody, přiveďte k varu a 10 minut vařte, sced'te. Používejte k oplachům několikrát denně.

Odvar z heřmánku - 2 polévkové lžíce heřmánku (koupíte v lékárně) zalijte 250 ml studené vody, vařte 10 minut a sced'te. Přikládejte obklady - např. namočenou porodnickou vložku. Je možné několikrát denně.

Betadine - roztok Betadinu na 100 dílků vody.

Homeopatika - Arnica montana 15 CH+ Staphysagria 9 CH 5xd 5 granulí pod jazyk první den po porodu, dále 2xd 5 granulí pod jazyk, nebo do 500 ml vody a popíjet během dne.

Milé maminky, v případě nejasností se nebojte obrátit na porodní asistentku nebo lékaře, kteří Vám vše znovu vysvětlí.

V případě jakýchkoliv obtíží navštivte pohotovost porodnice, kde jste rodila nebo se obraťte na svého gynekologa.

Zdroje: Internetové stránky zdraví-leky.cz/pece-o-porodni-poraneni-i-homeopatiky

MIKŠOVÁ, Zdeňka, FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006. Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.

LEIFER, G., 2004. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Ota Vltěl-1.vydání. Praha: Grada, s 988. ISBN 80-247-0668-7.

KOLÁŘ, P., 2009. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén. ISBN 788072626571.

FABIÁNOVÁ, P., 2018. Porodní poranění ženy při vaginálním porodu pohledem porodní asistentky.

Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Kulhavá, M.

Vytvořeno pro účely bakalářské práce: Péče o ženu s porodním poraněním III. stupně
Veithová Petra, Obor Porodní asistence, Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5



Příloha E - Cviky pro posílení svalů pánevního dna

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ
Podolské nábřeží 157, 147 00 Praha 4 – Podolí,
Ředitel: doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc.
IČO: 000 23 698

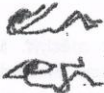


Cviky na záda



1. Leh na zádech, nohy pokrčené, ruce ve svícnu, obě nohy u sebe vytočíme doprava, hlavu dlevo a totéž opačně.
2. Leh na zádech, obě ruce složené pod hlavou, lokty zatlačíme do podložky, vypneme hruď a uděláme prostor pod lopatkami, uvolníme.

Břišní svaly šikmé - cvičíme od 30. dne po porodu, od 30. dne po císařském řezu



1. Leh na zádech, nohy pokrčené, ruce předpažíme a zvedáme je šikmo do strany, stačí zvednout hlavu a odlepit lopatky.
2. Leh na zádech, nohy pokrčené, ruce složené pod hlavou. Zvedáme se opět šikmo, pravý loket k levému kolenu a opačně.
3. Leh na zádech, nohy pokrčené, ruce podél těla. Skrčíme pravé koleno k bříchu a levou ruku dáme za pravé koleno a opačně. Do každé strany 10 krát.

Břišní svaly přímé - cvičíme nejdříve za 3 měsíce po porodu i císařském řezu .

Přímý sed se nedoporučuje. Z lehu do sedu vstáváme přes bok. Nebezpečí rozestupu břišních svalů - diastázy.



Péče o jizvu. Od 1. dne jizvu sprchujeme, větráme. Přibližně po 14 dnech (dle stavu jizvy), začínáme s masáží. Druhý a třetí prst nebo palec přiložíme nad jizvu nebo pod jizvu, lehce prsty tlačíme směrem k jizvě dolů nebo zakroužíme, tlak povolíme a posouváme dál po celé jizvě, do jizvy nikdy nesaháme, neroztahujeme.

Přejeme Vám brzké navrácení fyzické kondice do nových začátků.

Vedoucí rehabilitace: Mgr. Zuzana Drobilová

Příloha F - Mark's skóre dotazník anální inkontinence

St. Mark's skóre - Dotazník anální inkontinence

Prosím, zhodnoťte průběh posledního měsíce.

	Nikdy	Výjimečně	Někdy	Týdně	Denně
1. Pozorujete nechtěný únik tuhé, formované stolice	0	1	2	3	4
2. Pozorujete nechtěný únik tekuté, průjmovité stolice	0	1	2	3	4
3. Pozorujete nechtěný únik plynů	0	1	2	3	4
4. Nutí Vás tyto potíže ke změně Vašeho životního stylu?	0	1	2	3	4
5. Musíte používat hygienické pomůcky (např. vložky) kvůli úniku plynů či stolice	Ne 0		Ano 2		
6. Užíváte z těchto důvodů nějaké protiprůjmové prostředky:	Ne 0		Ano 2		
7. Trápí Vás tzv. fekální urgence (tzn. nemožnost oddálení stolice déle než 15 minut)	Ne 0		Ano 4		
7a. Pokud jste na předchozí otázku (nemožnost oddálení stolice déle než 15 minut) odpověděla ano, trápí Vás tato záležitost:		Výjimečně 1	Někdy 2	Týdně 3	Denně 4
8. Co Vám z uvedeného nejvíce vadí odpovězte pouze jednou z možností.	0 Nic, nemám žádné problémy 1 Únik tuhé, formované stolice 2 Únik tekuté, průjmovité stolice 3 Nechtěný únik plynů 4 Nemožnost oddálení stolice déle než 15 minut				
9a. Pozorujete výskyt zácpy	Nikdy 0	Výjimečně 1	Někdy 2	Týdně 3	Denně 4
9b. Musíte tuto zácpu nějak řešit?	0 Ne, protože tyto potíže nemám 1 Ano, ale potíže nejsou nutné řešit. 2 Ano, úpravou jídelních zvyklostí. 3 Ano, pomocí glycerinových čípků. 4 Ano, pomocí laktulozy. 5 Ano, pomocí jiného prostředku. Konkrétně:				
10. Pozorujete bolestivou defekaci (Tzn. bolesti na WC při „tlačení na stolicí“)	Nikdy 0	Výjimečně 1	Někdy 2	Týdně 3	Denně 4

Příloha G - Dotazník inkontinence ICIQ-SF

ICIQ-UI SHORT FORM (Czech)

Osobní číslo Osobní iniciály

DŮVĚRNÉ

D D M M M R R
Dnešní datum

Mnoho lidí má občas problémy s únikem moči. Pokoušíme se zjistit, kolika lidí se únik moči týká a jak je únik moči obtěžuje. Budeme Vám vděční, když odpovíte na následující otázky. Vzpomeňte si, jak jste se v průměru cítil/a během POSLEDNÍCH ČTYŘ TÝDNŮ.

1 Vypíšte prosím datum Vašeho narození: DEN MĚSÍC ROK

2 Jste (zaškrtněte jednu kolonku): Žena Muž

3 Jak často se stane, že Vám unikne moč? (Zaškrtněte jednu kolonku)

	nikdy	<input type="checkbox"/> 0
	asi jednou týdně nebo méně často	<input type="checkbox"/> 1
	dvakrát nebo třikrát týdně	<input type="checkbox"/> 2
	asi jednou za den	<input type="checkbox"/> 3
	několikrát denně	<input type="checkbox"/> 4
	stále	<input type="checkbox"/> 5

4 Rádi bychom věděli, kolik moči Vám podle Vašeho názoru unikne. Jak velké množství moči Vám obvykle unikne (ať už používáte ochranné prostředky nebo ne)? (Zaškrtněte jednu kolonku)

	žádná	<input type="checkbox"/> 0
	malé množství	<input type="checkbox"/> 2
	středně velké množství	<input type="checkbox"/> 4
	velké množství	<input type="checkbox"/> 6

5 Do jaké míry Vám únik moči obvykle vadí ve Vašem každodenním životě? Prosím zakroužkujte číslo mezi 0 (vůbec ne) a 10 (velmi)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
vůbec ne velmi

Skóre ICIQ: součet bodů 3+4+5

6 Kdy se Vám stane, že moč uniká? (Zaškrtněte prosím všechny kolonky, které se Vás týkají)

	nikdy – moč samovolně neuniká	<input type="checkbox"/>
	uniká předtím, než mám čas se dostat na záchod	<input type="checkbox"/>
	uniká při kašlání nebo kýchání	<input type="checkbox"/>
	uniká ve spánku	<input type="checkbox"/>
	uniká při fyzické činnosti/cvičení	<input type="checkbox"/>
	uniká poté, co jsem se vymočil/a a oblékl/a se	<input type="checkbox"/>
	uniká z neznámých důvodů	<input type="checkbox"/>
	uniká stále	<input type="checkbox"/>

Děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku.
Copyright © "ICIQ Group"
f:\institut\cultadap\projectsp\1892\finalversions\iciq\icqzeq.doc-18/07/2003

Zdroj: Urogynekologická ambulance, ÚPMD

Následující příznaky jsou popisovány ženami, které trpí náhodným únikem moči nebo prolapsem (poklesem pánevních orgánů). Označte prosím, které příznaky nyní u sebe pozorujete a nakolik vás obtěžují. Odpovězte prosím na všechny otázky.

1. Pozorujete u sebe časté močení?

ano

ne (přejděte k 2)

Pokud ano, jak moc vás to obtěžuje?

0

vůbec ne

1

trochu

2

středně

3

značně

2. Pozorujete únik moči při nutkání na močení?

ano

ne (přejděte k 3)

Pokud ano, jak moc vás to obtěžuje?

0

vůbec ne

1

trochu

2

středně

3

značně

3. Pozorujete únik moči při tělesné aktivitě, kašláním nebo kýchním?

ano

ne (přejděte k 4)

Pokud ano, jak moc vás to obtěžuje?

0

vůbec ne

1

trochu

2

středně

3

značně

4. Pozorujete únik velmi malého množství moči (tj. pár kapek)?

ano

ne (přejděte k 5)

Pokud ano, jak moc vás to obtěžuje?

0

vůbec ne

1

trochu

2

středně

3

značně

5. Máte obtíže s vyprazdňováním močového měchýře?

ano

ne (přejděte k 6)

Pokud ano, jak moc vás to obtěžuje?

0

vůbec ne

1

trochu

2

středně

3

značně

6. Pociťujete bolest nebo máte nepříjemné pocity v podbřišku nebo v genitální oblasti?

ano

ne

Pokud ano, jak moc vás to obtěžuje?

0

vůbec ne

1

trochu

2

středně

3

značně

Některé ženy zjišťují, že náhodný únik moči nebo prolaps (pokles pánevních orgánů) mohou ovlivnit jejich činnosti, vztahy a pocity. Následující otázky se týkají oblastí vašeho života, které mohou být ovlivněny nebo nějak pozměněny vaším problémem. U každé otázky zaškrtněte tu odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry únik moči nebo prolaps ovlivňuje vaše činnosti, vztahy a pocity.

Ovlivňuje únik moči nebo prolaps:

vaši schopnost vykonávat běžné domácí práce (vaření, uklízení, praní)?

0 1 2 3
vůbec ne trochu středně značně

pohybové činnosti jako např. procházky, plavání nebo jiné cvičení?

0 1 2 3
vůbec ne trochu středně značně

zábavní aktivity (kino, koncerty atd.)?

0 1 2 3
vůbec ne trochu středně značně

schopnost cestovat autem nebo autobusem více než 30 minut od domova?

0 1 2 3
vůbec ne trochu středně značně

účast na společenských aktivitách mimo domov?

0 1 2 3
vůbec ne trochu středně značně

emoční stav (nervozita, deprese atd.)?

0 1 2 3
vůbec ne trochu středně značně

Dále, prožíváte v důsledku svých potíží:

pocity frustrace (bezmoc, zklamání)?

0 1 2 3
vůbec ne trochu středně značně

PŘÍLOHA B

Dotazník sexuálních funkcí u inkontinence moči a prolapsu pánevních orgánů

(PISQ-12)

Instrukce: V následující části je seznam otázek, které se týkají vás a vašeho partnerského sexuálního života. Všechny informace jsou přísně důvěrné. Vaše důvěrné informace poslouží pouze tomu, aby lékařům pomohly k porozumění, co je pro pacientky důležité po stránce jejich sexuálního života. Zaškrtněte prosím políčko, které nejlépe vystihuje vaši odpověď na danou otázku. Při odpovídání na otázky mějte na mysli svůj sexuální život během posledních šesti měsíců. Děkujeme za vaši pomoc.

1. Jak často pociťujete touhu po sexu? Takové pocity mohou zahrnovat chuť mít sex, plánování sexu, pocity frustrace při nedostatku sexu atd.
denně alespoň alespoň méně než nikdy
jednou týdně jednou měsíčně jednou za měsíc
2. Dosahujete vyvrcholení (máte orgasmus) při pohlavním styku se svým partnerem?
vždy obvykle občas zřídka nikdy
3. Prožíváte sexuální vzrušení při sexuálních aktivitách se svým partnerem?
vždy obvykle občas zřídka nikdy
4. Jak jste spokojena s růzností sexuálních aktivit ve vašem současném sexuálním životě?
vždy obvykle občas zřídka nikdy
5. Pociťujete bolest během pohlavního styku?
vždy obvykle občas zřídka nikdy
6. Dochází u vás při sexuálních aktivitách k inkontinenci moči (úniku moči)?
vždy obvykle občas zřídka nikdy
7. Omezuje strach z inkontinence (stolice nebo moči) vaši sexuální aktivitu?
vždy obvykle občas zřídka nikdy
8. Vyhýbáte se pohlavnímu styku kvůli deformaci vagíny (poklesu močového měchýře, konečníku nebo vagíny)?
vždy obvykle občas zřídka nikdy
9. Máte při styku se svým partnerem negativní emoční reakce, jako strach, nechuť, stud, nebo pocit viny?
vždy obvykle občas zřídka nikdy

Zdroj: Urogynekologická ambulance, ÚPMD

10. Má váš partner problémy s erekcí, které ovlivňují vaši sexuální aktivitu?

vždy obvykle občas zřídka nikdy

11. Má váš partner problémy s předčasnou ejakulací, které ovlivňují vaši sexuální aktivitu?

vždy obvykle občas zřídka nikdy

12. V porovnání s orgasmy, jaké jste mívala v minulosti, jakou intenzitu mají orgasmy v posledních šesti měsících?

mnohem méně mají intenzivnější mnohem
méně intenzivní intenzivní stejnou intenzitu intenzivněj

Skórování:

Skór se spočítá sečtením skórů za každou otázku, kde 0=vždy, 4=nikdy. U položek 1, 2, 3 a 4 je skórování obrácené. Krátkou verzi dotazníku lze použít, pokud zde nejsou více než dvě chybějící odpovědi. Pro získání sumárního skóru se chybějící hodnoty (u nezodpovězených položek) nahradí průměrem hodnot z položek zodpovězených. Jestliže chybí více než dvě odpovědi, krátká verze už není přesným prediktorem skóru dlouhé verze. Abyste mohli skóry srovnávat se skóry dlouhé verze, násobte zjištěný součet číslem 2,58 (31/12).

